

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DESTINÉE AUX ENFANTS VICTIMES
D'AGRESSION SEXUELLE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MÉLANIE GUÉNETTE-ROBERT

AOÛT 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans l'aide précieuse de plusieurs personnes. Je tiens, donc à remercier dans cette section les gens qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réussite de mon projet.

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers ma directrice de maîtrise Martine Hébert, Ph.D, pour son soutien constant, ses précieux conseils, ses commentaires constructifs; sans oublier, ses encouragements. Merci pour ta vision positive, tu ne sais pas à quel point nos rencontres m'ont aidé à conserver ma motivation et m'ont aidé à donner le meilleur de moi-même.

Un merci particulier à Manon Robichaud, coordonnatrice au laboratoire de recherche, pour l'aide apportée lors de mes analyses. Les nombreuses heures passées en ta compagnie au téléphone ou en personne m'ont permis de mieux comprendre le domaine du quantitatif et de m'améliorer. J'aimerais du même coup souligner le travail des assistantes de recherche et bénévoles du laboratoire de recherche de Martine Hébert.

Je tiens aussi à remercier les parents ainsi que les enfants qui ont accepté de participer à ce projet tout comme les intervenants et membres de la direction du Centre d'Expertise Marie-Vincent pour leur collaboration. Ce projet de maîtrise n'aurait par ailleurs pas pu être mené à terme sans l'apport généreux de la Fondation Marie-Vincent qui m'a offert une bourse de recherche dans le cadre de la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Je désire également remercier mon amoureux, ma famille et mes amis pour leur écoute et leur présence tant dans les moments plus durs, les moments de remise en question que dans les bons moments. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné la force de poursuivre! Je vois aujourd'hui à quel point ma réussite scolaire, professionnelle et personnelle vous tient à cœur.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	v
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
1.1 Définition de l'agression sexuelle.....	3
1.2 Prévalence et caractéristiques de l'agression sexuelle.....	4
1.3 Conséquences des agressions sexuelles à l'enfance.....	6
1.4 Les études évaluatives.....	9
1.5 Le traitement individuel <i>TF-CBT</i> appliqué au CEMV.....	16
1.6 Pertinence de l'évaluation du traitement <i>TF-CBT</i> offert au CEMV.....	17
CHAPITRE II	
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	20
2.1 Objectifs.....	20
2.2 Hypothèses.....	20
CHAPITRE III	
MODÈLE THÉORIQUE.....	21
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	23
4.1 Participants.....	23
4.2 Procédure.....	24
4.3 Considérations déontologiques.....	24
CHAPITRE V	
ARTICLE ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DE L'APPLICATION QUÉBÉCOISE DU TRAITEMENT <i>TF-CBT</i> OFFERT AUX ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE.....	26
CHAPITRE VI	
CONCLUSION.....	51
5.1 Principaux résultats discutés en lien avec les études antérieures.....	51

5.2	Résultats liés à l'implantation	55
5.3	Discussion des résultats liés à l'implantation.....	56
5.4	Implications cliniques	57
5.5	Pistes pour les recherches futures	58
5.6	Limites	59
5.7	Pertinence sexologique	59
5.8	Apport de l'intervention en lien avec les besoins sexologiques cernés	61
ANNEXE A		
LISTE DES INSTRUMENTS DE MESURE EMPLOYÉS DANS LES ÉTUDES ÉVALUATIVES RECENSÉES.....		62
ANNEXE B		
TABLEAUX-RÉSUMÉS DES ÉTUDES ÉVALUATIVES RECENSÉES.....		64
ANNEXE C		
TABLEAUX DES DONNÉES D'IMPLANTATION		73
BIBLIOGRAPHIE		75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
5.1	Caractéristiques socio-démographiques et des agressions sexuelles des participants 47
5.2	Évolution des problèmes intériorisés et extériorisés suite à la thérapie en fonction du sexe de l'enfant (ANOVA) 49
A.1	Liste des instruments de mesure employés dans les études évaluatives recensées..... 63
B.1	Tableaux-résumés des études évaluatives recensées 65
C.1	Nombre de rencontres avec l'enfant..... 74
C.2	Nombre de rencontres conjointes 74

LISTE DES FIGURES

FIGURE 5.1	POURCENTAGE DE SCORES CLINIQUES, SELON LE GENRE ET LE TEMPS DE PASSATION, AU CBCL.....	50
------------	--	----

RÉSUMÉ

Le présent mémoire vise à évaluer une intervention individuelle destinée aux enfants ayant subi une agression sexuelle afin de mesurer les changements associés à la participation à la thérapie. Le mémoire expose les effets de l'intervention en lien avec les troubles intériorisés et extériorisés chez l'enfant tel qu'évalué par la mère. L'analyse vise à explorer les effets différentiels en fonction du genre des participants. L'échantillon se compose de 62 enfants (42 filles et 20 garçons) participant à l'application québécoise du traitement *Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)*. Les données suggèrent que la participation à l'intervention est associée à une réduction des troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants ayant vécu une agression sexuelle. L'analyse n'indique aucun effet différentiel lié au genre sauf en ce qui concerne les troubles de l'attention pour lesquels les garçons connaissent une diminution marginalement plus importante des difficultés comparativement aux filles.

Mots-clés: intervention individuelle, évaluation de programme, enfants, agression sexuelle.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle est une réalité grave mettant en jeu l'intégrité physique, psychologique et sexuelle d'une personne qui touche principalement les femmes et les enfants (Gouvernement du Québec, 2001). Les agressions sexuelles à l'enfance, bien qu'elles soient fréquentes, furent passées pendant de nombreuses années sous silence. Les lois concernant cette problématique ainsi que la protection offerte aux enfants victimes d'agression sexuelle restaient limitées. À la suite du Rapport Badgley (1984), des modifications législatives sont apportées, en 1998, afin de faciliter les témoignages, la dénonciation des agressions sexuelles et augmenter la protection offerte aux victimes (Gouvernement du Québec, 2001). L'agression sexuelle est ainsi aujourd'hui reconnue comme étant un problème social où chacun doit mettre en œuvre des actions dans le but de lutter contre cette infraction sur la personne.

Dans cette optique, plusieurs interventions ont été développées au cours des dernières années afin de venir en aide aux victimes d'agression sexuelle et leur famille. Au Québec, le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV), centre unique en son genre œuvrant auprès des enfants victimes d'agression sexuelle alliant le volet recherche et le volet intervention, applique depuis peu un traitement cognitivo-comportemental développé aux États-Unis, le *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)*.

Ainsi, l'objectif de la présente étude est d'évaluer les effets de l'application québécoise du *TF-CBT* sur les enfants VAS âgés de 6 à 12 ans. Les variables dépendantes considérées seront les symptômes intériorisés et extériorisés tels qu'évalués par la mère. La variable genre sera également prise en considération, lors de l'analyse des effets thérapeutiques, afin de cerner les effets différentiels pouvant être liés au genre. Les résultats sont susceptibles d'offrir des données pertinentes afin d'améliorer les pratiques d'intervention et ainsi répondre le plus adéquatement possible aux besoins des personnes concernées.

Ce mémoire par article se divise en sept chapitres. D'abord, le premier chapitre présente un état des connaissances en matière d'agressions sexuelles infantiles concernant la définition de l'AS, la prévalence et les caractéristiques des agressions sexuelles pendant l'enfance et les

conséquences y étant rattachées. Ce chapitre expose également une recension des études évaluatives antérieures, présente brièvement le Centre d'Expertise Marie-Vincent et les services qui y sont offerts, décrit le traitement dispensé qui fera l'objet d'une évaluation et justifie la pertinence d'évaluer ce dernier. Le second chapitre, quant à lui, présente les objectifs de la recherche et les hypothèses de départ. Ensuite, le troisième chapitre définit le modèle d'évaluation de programme dans lequel se situe la présente étude. Puis, la méthodologie de travail est décrite dans le quatrième chapitre. Le cinquième chapitre consiste en l'article scientifique, lequel porte sur l'évaluation préliminaire de l'application québécoise du traitement *TF-CBT* offert aux enfants victimes d'agression sexuelle. Cet article a été soumis pour publication à la revue *Journal International de Victimologie* en février 2010. Le sixième chapitre présente une discussion des principaux effets retrouvés chez les enfants VAS à la suite du traitement ainsi que les limites méthodologiques de l'étude. Enfin, le septième chapitre offre une première analyse de l'implantation de l'application québécoise du traitement *TF-CBT* au CEMV ainsi qu'une brève discussion des résultats.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section présente la définition de l'agression sexuelle ainsi que la prévalence, les caractéristiques et les conséquences des agressions sexuelles pendant l'enfance. Une recension des études évaluatives antérieures y est également présentée, suivie d'une brève description du CEMV, des services dispensés et du traitement évalué dans le cadre de ce mémoire. Pour terminer, la pertinence d'évaluer l'application québécoise du traitement *TF-CBT* sera exposée.

1.1 Définition de l'agression sexuelle

La définition du terme agression sexuelle diffère selon les études, certaines définitions étant plus restrictives et spécifiques quant aux gestes pouvant être considérés. Afin de conserver une vision et une approche commune des agressions sexuelles, les représentants et représentantes des milieux gouvernementaux, paragouvernementaux, communautaires et universitaires concernés par cette problématique ont dressé des lignes directrices à suivre relativement à la question des agressions sexuelles au Québec. Les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle offrent ainsi une définition ayant fait consensus :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne.¹

Cette définition s'applique, peu importe le type de geste à caractère sexuel posé et peu importe la nature du lien existant entre la victime et l'agresseur sexuel (Gouvernement du Québec, 2001). Pour la présente étude, l'auteur se réfère à la définition développée dans le cadre des Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

1.2 Prévalence et caractéristiques de l'agression sexuelle

Les agressions sexuelles touchent principalement les personnes plus vulnérables comme les femmes et les enfants. Les jeunes enfants dépendent de leur entourage et requièrent davantage de soins, leur position les place ainsi davantage à risque d'AS². Tout comme chez la population d'âge adulte, les enfants VAS³ sont majoritairement de sexe féminin (Gouvernement du Québec, 2001). Une recherche effectuée par Putnam et ses collègues indique que la prévalence des AS avant l'âge de 18 ans aux États-Unis varie entre 12 et 35% pour les femmes et entre 4 et 9% pour les hommes (Putnam, 2003). Parmi les cas d'AS chez les enfants de moins de 16 ans rapportés et confirmés par 51 centres de protection de la jeunesse au Canada, 69% des victimes d'AS sont des filles, alors que 31% sont des garçons (Trocmé, Tourigny, MacLaurin, et Fallon, 2003). Concernant les données québécoises, une étude récente, effectuée auprès d'un échantillon de 804 personnes âgées de 18 ans et plus, par le biais d'entrevues téléphoniques révèle que 22,1 % des femmes et 9,7% des hommes ont été victimes d'agression sexuelle à l'enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, et Joly, 2009).

¹ Gouvernement du Québec. « Les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle », 2001, p.22.

² À noter, les abréviations AS (pour agression sexuelle) et VAS (victimes d'agression sexuelle) seront régulièrement employées dans ce mémoire, afin d'alléger le texte.

Cette étude renseigne également sur le phénomène de revictimisation démontrant qu'une victime sur cinq réexpérimente une situation d'agression sexuelle.

Il est fort probable que le taux d'AS durant l'enfance soit sous-estimé, et ce pour plusieurs raisons. Dans un premier temps, les données d'incidence sur le sujet sont majoritairement basées sur les cas d'agressions sexuelles rapportées et validées par les agences de protection de la jeunesse (London, Bruck, Ceci, et Shuman, 2006). Dans un deuxième temps, il s'avère difficile de confirmer un diagnostic d'agression sexuelle, puisque dans la majorité des cas d'AS, les preuves médicales, physiques sont manquantes ou non-concluantes (London *et al.*, 2006; London, Bruck, Wright, et Ceci, 2008). Troisièmement, il est à noter qu'une portion non-négligeable des victimes ne dévoilera jamais l'AS vécue. Dans l'étude d'Hébert et ses collègues, un adulte sur 5 dévoile pour la première fois l'AS qu'il a subi au cours de son enfance (Hébert *et al.*, 2009). Par ailleurs, les facteurs liés au délai du dévoilement sont : le fait que l'agression sexuelle implique un membre de la famille immédiate ou élargie ou qu'il implique une victime de sexe masculin (Hébert *et al.*, 2009). D'autres auteurs notent que les enfants plus vieux seraient plus susceptibles d'initier le dévoilement que les enfants plus jeunes, puisque leurs habiletés verbales et cognitives sont davantage développées (Fontanella, Harrington, et Zuravin, 2000). En ce qui a trait au sexe de l'individu et le fait de dévoiler ou non l'AS, London et ses collègues (2008) dans leur recension des écrits soulignent que les hommes comparativement aux femmes seraient plus réticents à dévoiler l'AS (London *et al.*, 2008). Les raisons psychologiques ou sociales liées à cette différence restent néanmoins encore peu définies mais réfèrent souvent aux normes sociales.

Alors que les victimes d'AS sont majoritairement de sexe féminin, les agresseurs sont quant à eux principalement de sexe masculin (Dubé et Hébert, 1988; Fontanella *et al.*, 2000) et sont habituellement des personnes connues (Dubé et Hébert, 1988). Les conclusions concernant le genre de la victime et le lien avec l'agresseur (AS intra-familiale ou extra-familiale) ne font pas l'unanimité. Certains auteurs rapportent que les filles comparativement aux garçons sont plus susceptibles d'avoir été agressées par un membre de la famille (Gold, Elhai, Lucenko, et Swingle, 1998), alors que d'autres avancent que le lien entre la victime et son agresseur ne semble pas être influencé par le genre de l'enfant (Dubé et Hébert, 1988). Une étude recensée, celle de Finkelhor et ses collègues (1990), traite de l'âge moyen de l'agresseur

selon le genre de la victime. Les résultats de Finkelhor suggèrent que les filles sont davantage agressées sexuellement par des personnes plus âgées, alors que les garçons sont davantage agressés sexuellement par des personnes plus jeunes (Finkelhor *et al.*, 1990).

Au niveau des caractéristiques de l'AS, une étude, effectuée en 2006, auprès d'une population québécoise d'enfants VAS vu au CHU Sainte-Justine à Montréal, rapporte au sein de son échantillon une majorité d'AS (65%) dits très sévères, impliquant des relations oro-génitales, la pénétration ou une tentative de pénétration (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, et Piché, 2006). Les auteurs ayant voulu apporter des précisions concernant les différences retrouvées entre les gestes vécus par les garçons et les filles soutiennent que les garçons expérimentent généralement plus de caresses au niveau des organes génitaux et rapports oraux-génitaux, alors que les filles rapportent davantage de pénétration vaginale pénienne ou digitale (Fontanella *et al.*, 2000; Gold *et al.*, 1998).

1.3 Conséquences des agressions sexuelles à l'enfance

Les agressions sexuelles pendant l'enfance sont associées à un éventail de symptômes physiques, psychologiques et sexuels, lesquels peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere et Elliot, 2003). Les enfants VAS semblent exhiber davantage de comportements intériorisés (troubles anxieux, dépression, isolement social) et comportements extériorisés (trouble de la conduite, trouble de déficit de l'attention et hyperactivité, trouble oppositionnel, comportements délinquants, comportements agressifs) relativement aux enfants non VAS (Hébert *et al.*, 2006; Kendall-Tackett, Meyer Williams, et Finkelhor, 1993). Les études rapportent que le taux d'enfants victimes d'agression sexuelle présentant des comportements intériorisés et extériorisés atteignant un seuil clinique s'élève à plus de 50 % (Hébert, Simoneau, et Bernier, 2007). Les enfants VAS sont aussi plus susceptibles de répondre aux critères du syndrome de stress post-traumatique (SPT) (impression que l'évènement se reproduit, *flash-back*, évitement des stimuli associés à l'AS, etc.) en raison de l'expérience traumatisante qu'ils ont vécue (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Près de la moitié des enfants VAS affichent des symptômes caractéristiques du SPT (McLeer, Deblinger, Henry, et Orvaschel, 1992). Des sentiments de honte et de culpabilité risquent également d'être éprouvés par certains et risquent de venir interférer avec la capacité de l'enfant à créer des

liens significatifs avec ses pairs (Webster, 2001). Du côté académique, des difficultés d'adaptation scolaire sont caractéristiques d'une portion non négligeable d'enfants VAS (Daignault et Hébert, 2004).

L'adaptation d'un enfant face à l'expérience traumatisante qu'est l'AS semble être associée à de nombreux facteurs. Les caractéristiques de l'agression sexuelle pourraient notamment influencer l'intensité des symptômes manifestés, selon les conclusions de certaines études. Les auteurs rapportent ainsi généralement un niveau plus élevé de symptômes chez les enfants VAS ayant subi une AS comportant les caractéristiques suivantes : AS avec pénétration (Briere et Elliot, 2003; Dube *et al.*, 2005; Friedrich, Luecke, Beilke, et Place, 1992; Mennen et Meadow, 1995), AS avec utilisation de force (Mennen et Meadow, 1995)⁴, AS commise par un membre de la famille immédiate ou élargie (Banyard, Williams, et Siegel, 2004; Tremblay, Hébert, et Piché, 1999), AS de longue durée (Briere et Elliot, 2003; Friedrich *et al.*, 1992; Hébert *et al.*, 2006), jeune âge lors des épisodes d'AS (Briere et Elliot, 2003). Les résultats concernant ces variables ne font toutefois pas l'unanimité, certains auteurs ne notant pas de relation significative entre l'une de ces caractéristiques et le niveau de symptômes retrouvés chez les victimes (Scaparelli et Kim, 1995).

Des variables familiales telles que l'abus de substances illicites chez la mère (Paredes, Leifer, et Kilbane, 2001) et le soutien apporté suite au dévoilement de l'agression (Cohen et Mannarino, 2000; Deblinger, Steer et Lippmann, 1999b; Friedrich *et al.*, 1992; Paredes *et al.*, 2001; Scaparelli et Kim, 1995; Tremblay *et al.*, 1999) peuvent elles aussi moduler les manifestations psychologiques chez l'enfant.

Certaines variables personnelles telles que l'utilisation de stratégies d'adaptation actives versus l'utilisation de stratégies d'évitement par l'enfant ainsi que le genre de la victime peuvent elles aussi influencer l'intensité des symptômes. Il semblerait que les enfants VAS employant des stratégies d'évitement (éviter de parler de l'AS, éviter tous sentiments et pensées y étant liés, projeter la faute des événements sur soi, faire du déni, etc.) présentent davantage de comportements intériorisés et extériorisés que les enfants VAS employant des

⁴ À noter, dans l'étude de Mennen et Meadow (1995) un lien significatif est retrouvé entre l'utilisation de force et le niveau de symptômes, dans les seuls cas où l'agresseur est un étranger.

stratégies d'adaptation dites actives ou stratégies d'approche (recherche de soutien social, résolution de problèmes) (Hébert *et al.*, 2006; Tremblay *et al.*, 1999).

En ce qui a trait au genre, le type de symptômes exhibés semble différer selon le fait que la victime soit une fille ou un garçon. Les recherches indiquent en outre que les filles sont plus susceptibles que les garçons de présenter des symptômes intériorisés tels que l'anxiété (Briere et Elliot, 2003; Banyard, Williams, et Siegel, 2004; Feiring, Taska, et Lewis, 1999; Fontanella *et al.*, 2000) et la dépression (Banyard *et al.*, 2004; Briere et Elliot, 2003) en raison de l'AS vécue. Elles semblent aussi afficher un niveau plus haut de symptômes de SPT que leurs confrères et perçoivent davantage leur environnement comme menaçant (Feiring *et al.*, 1999). Dans leur étude menée auprès de 169 participants VAS, âgés entre 8 et 15 ans, Feiring et ses collègues dénotent également que les filles comparativement aux garçons semblent éprouver plus de sentiments de honte à l'égard de l'agression sexuelle (Feiring *et al.*, 1999). Alors que les filles ont tendance à intérioriser l'AS vécue, les garçons, pour leur part, ont davantage tendance à extérioriser cet événement. Ainsi, les garçons VAS présentent un plus haut niveau de problèmes de comportements (Garnefski et Arends, 1998), dont des comportements agressifs (Fontanella *et al.*, 2000; Garnefski et Arends, 1998), des comportements délinquants (Garnefski et Arends, 1998) et des comportements sexualisés problématiques (Feiring *et al.*, 1999) que les victimes de sexe féminin. Ils éprouvent également davantage de sentiments de solitude (Garnefski et Arends, 1998) et sont plus susceptibles de commettre des tentatives de suicide (Garnefski et Arends, 1998; Martin, Bergen, Richardson, Roeger, et Allison, 2004).

Lors de l'évaluation initiale, certains enfants victimes d'agression sexuelle ne présentent pas de symptômes jugés cliniquement significatifs (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Les études rapportent qu'un enfant sur trois à l'évaluation initiale n'affiche pas de symptôme apparent. Il existe plusieurs explications possibles quant au fait que ces enfants sont asymptomatiques (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Une première hypothèse serait que les symptômes de l'enfant sont latents et ne se sont simplement pas encore manifestés. Un second facteur explicatif pourrait être le manque de sensibilité des outils de mesure employés. La dernière possibilité serait que ces enfants présentent des profils de résilience. Les personnes dites résilientes bénéficient généralement de facteurs de protection qui les aident à s'adapter adéquatement à

la suite du trauma. Selon Scaparelli et Kim (1995), le soutien parental est sans doute le meilleur prédicateur de résilience (Scaparelli et Kim, 1995). Dumont, Widom et Czaja (2007) dans leur étude longitudinale, menée auprès d'un échantillon composé de 676 personnes abusées et négligées durant l'enfance, rapportent que le fait de vivre dans une relation familiale stable (c'est-à-dire vivre avec ses deux parents ou en placement à long terme), de posséder de hautes habiletés cognitives ajoutés au fait de vivre dans un quartier avantagé économiquement, ainsi que le fait d'être de sexe féminin sont liés au profil de résilience chez les personnes ayant été agressées durant l'enfance (Dumont, Widom, et Czaja, 2007).

Afin de remédier aux effets néfastes des AS chez les enfants, plusieurs interventions ont été élaborées au cours des 15 dernières années. L'approche cognitivo-comportementale, à laquelle s'intègre l'intervention individuelle évaluée dans ce mémoire, est sans contredit celle ayant obtenu le plus de soutien empirique (James et Mennen, 2001). La prochaine section présente ainsi les études évaluatives répertoriées concernant les traitements de type cognitivo-comportementaux auprès des enfants VAS.

1.4 Les études évaluatives

Saunders, Berliner et Hanson ont développé en 2004 un guide proposant des lignes directrices en matière d'évaluation et de traitement d'enfants VAS intra-familiales. Dans leur document, les auteurs présentent un système de classification permettant d'attribuer une note de 1 (traitement jugé efficace et bien soutenu) à 6 (traitement expérimental) aux interventions recensées, en regard de leur soutien théorique, clinique et empirique. Il importe de mentionner que le *TF-CBT* est l'unique traitement à avoir obtenu une note de 1, selon les critères d'évaluation de Saunders et ses collègues (2004), ce qui signifie que ce type d'intervention est estimé efficace et possède des bases théoriques solides ainsi qu'un fort soutien empirique.

Puisque la thérapie évaluée (*TF-CBT*) est une thérapie de type cognitivo-comportementale axant sur le traumatisme vécu par l'enfant VAS, seules les études évaluatives de traitement correspondant à ces critères seront décrites dans cette section. Les recherches considérées doivent également inclure dans leur échantillon des participants âgés entre 6 et 12 ans, tel que la population à l'étude dans ce mémoire. Au total, 8 études ont été retenues pour cette

recension (Cohen, Deblinger, Mannarino, et Steer 2004; Cohen et Mannarino, 2000; Cohen, Mannarino, et Knudsen, 2005; Deblinger, Lipmann, et Steer, 1996; Deblinger, Stauffer, et Steer, 2001; Deblinger, Steer, et Lipmann, 1999a; King *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996).

La majorité des études évaluatives recensées proposent une intervention de type cognitivo-comportementale (soit la *TF-CBT* ou une version similaire de groupe) s'adressant aux enfants victimes d'agression sexuelle et leurs mères non-agresseuses. La catégorie des mères non-agresseuses fait habituellement référence au donneur de soin de l'enfant de sexe féminin, soit la mère, la grand-mère, la mère adoptive, etc. L'échantillon d'enfants VAS de ces études est de type mixte et leur âge varie entre 2 et 17 ans. Vu le problème éthique causé par la non-accessibilité à un traitement (Deblinger *et al.*, 1996), les auteurs font appel, pour leur groupe de comparaison, à des participants recevant des services offerts par la communauté ou des participants placés sur une liste d'attente. Globalement, les critères d'inclusion des participants des études répertoriées sont: l'enfant a été victime d'AS et l'AS a été confirmée après investigation, un donneur de soin non-agresseur désire participer à l'étude, les participants sont consentants, l'enfant rencontre des critères de syndrome de stress post-traumatique ou une symptomatologie significative liée à l'AS et les participants parlent anglais. Les critères d'exclusion des participants réfèrent au fait que: l'enfant présente une déficience intellectuelle, un trouble du langage, une psychose ou un trouble envahissant du développement, l'enfant ou le donneur de soin prend une nouvelle médication affectant son comportement, le donneur de soin n'est pas apte à participer, le donneur de soin ou l'enfant abuse de substances illicites ou l'enfant a des contacts avec l'agresseur. Dans la plupart des cas, le nombre de sessions des traitements est de 11 ou 12. Une étude fait exception; celle de King et ses collègues (2000), dont le nombre de sessions s'élève à 20. Le temps alloué pour chacune des rencontres varie entre 45 minutes et 1h45. Les études sont en majorité effectuées en sol américain. Seule celle de King et ses collègues (2000) est réalisée en Australie.

D'abord, une étude exploratoire par Stauffer et Deblinger (1996) a permis d'examiner l'impact d'un groupe cognitivo-comportemental sur l'adaptation post-agression de l'enfant VAS et la mère. L'intervention possède sensiblement les mêmes composantes que la thérapie *TF-CBT*, mais a été appliquée en format de groupe. Un total de 19 enfants VAS âgés entre 2

et 6 ans et leurs mères non-agresseuses participent au traitement. Cette étude comprend quatre temps de mesure : une évaluation initiale, lors d'un premier contact, un prétest, lequel a lieu avant la première session, un post-test, à la fin du traitement et un suivi, 3 mois plus tard. La comparaison entre le prétest et le post-test permet de constater une diminution significative concernant les comportements sexualisés problématiques chez les enfants. Des améliorations notables sont également remarquées chez les mères concernant l'évitement des pensées et sentiments reliés à l'AS et le degré de détresse exhibé. Un gain considérable au niveau des habiletés parentales est aussi observé, à la suite de la thérapie. Aucune différence significative n'est retrouvée entre le post-test et le suivi trois mois plus tard soulignant que les gains sont maintenus. Bien que les résultats suggèrent des bénéfices importants, l'ensemble des instruments de mesure est complété par la mère, ne permettant pas, par le fait même, de déterminer si les changements perçus au niveau de la symptomatologie de l'enfant reflètent un réel changement ou la perception du parent. De plus, l'étude ne possède pas de groupe de comparaison. La présence de plus d'un temps de mesure permet néanmoins de mesurer l'effet de la variable temps. Malgré ces limites, cette étude exploratoire présente un format d'intervention prometteur en matière de service d'aide directe aux enfants victimes d'AS et leur famille.

Deblinger, Lippmann et Steer (1996) ont évalué l'efficacité d'un traitement individuel de type cognitivo-comportemental, le *TF-CBT*, chez les enfants VAS d'âge scolaire vivant des symptômes de SPT. L'échantillon de leur étude se compose de 90 enfants VAS âgés entre 7 et 13 ans et leurs mères non-agresseurs. Les participants sont assignés de façon aléatoire à l'une des trois modalités d'intervention *TF-CBT* (traitement pour l'enfant seulement, traitement pour la mère seulement, traitement parent-enfant) ou sont assignés à des services standards de la communauté. Les résultats de cette étude indiquent que les enfants recevant le *TF-CBT* connaissent une amélioration significative des symptômes de SPT comparativement aux enfants recevant un traitement offert par la communauté. Les mères assignées à l'une des conditions de traitement cognitivo-comportemental rapportent une diminution significative des troubles de comportements extériorisés chez leurs enfants. En comparant les mères participant au traitement expérimental et celles participant au traitement alternatif, les auteurs dénotent une plus forte augmentation de l'utilisation d'habiletés parentales efficaces chez les mères du premier groupe. La comparaison entre les différentes modalités d'intervention *TF-*

CBT (traitement parent seul, traitement enfant seul, traitement parent-enfant) démontre que la forme parent-enfant résulte en de meilleures améliorations des symptômes de dépression chez les enfants VAS. Les résultats de cette étude soutiennent ainsi le besoin d'impliquer le parent non-agresseur dans le traitement des enfants VAS, cette indication peut s'avérer particulièrement importante chez les enfants VAS présentant une symptomatologie dépressive ou des difficultés comportementales. Les auteurs soulèvent cependant quelques limites à leur étude: l'échantillon de taille réduite, la non-conformité des traitements offerts par la communauté et le manque de sensibilité de certains instruments employés.

Une seconde étude effectuée par Deblinger, Steer et Lippmann (1999) documente le maintien des effets du *TF-CBT* offert aux enfants VAS souffrant de SPT deux ans après le traitement. Pour leur recherche, les auteurs ont sollicité les mêmes participants que leur étude de 1996 (voir Deblinger *et al.*, 1996). Les résultats démontrent que les acquis chez l'enfant VAS concernant les symptômes de stress post-traumatique, les symptômes de dépression et les comportements extériorisés sont maintenus deux ans après le traitement.

Une étude concernant la *TF-CBT* s'attarde aux caractéristiques psychologiques de l'enfant et caractéristiques familiales pouvant moduler la réponse de l'enfant VAS au traitement; celle de Cohen et Mannarino (2000). Les résultats de cette étude démontrent que la cote de l'enfant à l'échelle d'attribution et perceptions reliées à l'AS (The Children's Attributions and Perceptions Scale; CAPS) est un fort prédicteur des résultats au traitement, soulignant ainsi l'importance de prendre en considération cette variable dans le traitement des enfants VAS. Le soutien parental et la stabilité familiale semblent aussi jouer un rôle significatif dans la diminution de la symptomatologie de l'enfant VAS à la suite du traitement. Cette étude renforce la conclusion comme quoi il s'avère essentiel d'inclure le parent non-agresseur dans le traitement de son enfant VAS. Bien que cette étude documente l'influence de certaines variables psychologiques et familiales dans la réponse de l'enfant au traitement, aucune des études recensées concernant la *TF-CBT* ne s'attarde à une variable apparaissant être majeure dans la résolution de l'enfant à l'AS, soit la variable genre.

Deblinger, Stauffer et Steer (2001) ont comparé les effets d'une thérapie de type cognitivo-comportemental aux effets d'un groupe de soutien pour jeunes enfants VAS et leurs mères non-agresseuses. L'échantillon de cette étude consiste en 44 enfants VAS âgés entre 2 et 8

ans et leurs mères non-agresseuses. Les participants sont assignés au hasard à l'un des deux groupes. Les thérapeutes, entraînés pour répondre aux exigences des deux approches, se voient eux aussi assignés à l'un des groupes de façon aléatoire. La conformité de l'intervention dispensée en regard du modèle prévu est évaluée chaque session, à l'aide d'enregistrement audio. Chacune des interventions comprend un groupe parent et un groupe enfant. Cependant, le groupe cognitivo-comportemental se démarque par l'ajout de sessions jointes parents-enfants. L'étude comporte trois temps de mesure : le prétest, le post-test et le suivi 3 mois plus tard. Les résultats de cette recherche suggèrent que les enfants VAS et leurs mères non-agresseuses peuvent bénéficier d'un traitement, qu'il soit de type cognitivo-comportemental ou de type soutien. Toutefois, des résultats supérieurs en terme d'efficacité pour le traitement cognitivo-comportemental sont notés. Les mères participant à l'intervention cognitivo-comportementale connaissent une diminution significative des pensées intrusives et réactions émotionnelles négatives en regard de l'AS. Les enfants du groupe cognitivo-comportemental comparativement aux enfants du groupe de soutien démontrent une plus grande acquisition de connaissances en ce qui concerne les habiletés de protection du corps. Dans les deux groupes, les avantages acquis sont maintenus à la relance effectuée trois mois plus tard. Les participants ayant bénéficié du traitement cognitivo-comportemental se disent cependant davantage satisfaits que les participants ayant reçu le traitement de soutien. L'une des limites retrouvées dans cette étude est sans aucun doute le fait que le groupe de soutien ne possède pas de sessions parent-enfant jointes. Les améliorations nettement supérieures des participants au groupe cognitivo-comportemental pourraient ainsi être attribuables à cette modalité d'intervention spécifique.

Dans une étude récente, Cohen, Deblinger, Mannarino et Steer (2004) ont évalué la différence, en terme d'efficacité, *TF-CBT* et du *Child Centered Therapy (CCT)* (traitement ayant pour approche l'empowerment) pour traiter les symptômes des enfants VAS. L'échantillon de cette étude est constitué de 203 enfants VAS âgés entre 8 et 14 ans et leurs parents non-agresseurs ou tuteurs. Les participants sont assignés au hasard à l'un des traitements. La comparaison entre les enfants participant à la *TF-CBT* et ceux participant à la *CCT*, permet de voir une amélioration plus importante au niveau des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et problèmes comportementaux chez les enfants assignés à la *TF-CBT*. Les parents ayant reçu la thérapie *TF-CBT* rapportent une amélioration significative

concernant les symptômes dépressifs, niveau de détresse lié à l'AS, soutien parental offert à l'enfant et emploi d'habiletés parentales efficaces. Certaines limites sont toutefois identifiées par les auteurs concernant cette étude, telles que le peu de groupes culturels participant à l'étude. Par ailleurs, il demeure difficile de savoir quelles sont les composantes spécifiques du *TF-CBT* qui responsables des changements répertoriés.

Cohen, Mannarino et Knudsen (2005) ont comparé le maintien des gains suite aux deux thérapies, la *TF-CBT* et le *NST* (Non-directive Supportive Therapy), sur une période d'un an, auprès d'un échantillon d'enfants âgés entre 8 et 15 ans. Les résultats illustrent la supériorité du *TF-CBT* pour entraîner une amélioration durable au niveau des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des comportements sexualisés problématiques, des symptômes dissociatifs et du SPT. L'efficacité du *TF-CBT* concernant le maintien des acquis est ainsi confirmée (voir aussi l'étude de Deblinger *et al.*, 1999a). Cette étude possède toutefois deux limites principales: l'instrument mesurant le SPT n'est pas optimal et un fort taux d'attrition de participants est observé, particulièrement dans le groupe NST.

Pour leur part, King et ses collègues (2000) ont évalué l'efficacité de deux formats de traitement cognitivo-comportemental implantés en Australie pour les enfants VAS présentant des symptômes de SPT. Ils ont ainsi assigné de façon aléatoire 36 enfants VAS âgés entre 5 et 17 ans à une liste d'attente ou à l'un des deux formats de traitement suivants : traitement cognitivo-comportemental où seul l'enfant participe, traitement cognitivo-comportemental pour l'enfant avec implication du parent. En ce qui concerne le premier format, les auteurs, pour développer leur traitement, se sont basés sur les travaux d'Esther Deblinger (voir Deblinger, McLeer, et Henry, 1990; Deblinger et Heflin, 1996). Quant au second format, il a été élaboré à l'aide des travaux de Cohen et Mannarino (1996) et de Deblinger et Heflin (1996). Les résultats de cette étude indiquent une amélioration nettement supérieure des symptômes de SPT chez les enfants VAS ayant reçu l'un des deux formats de traitement cognitivo-comportemental. De plus, lorsque comparés aux enfants VAS assignés à la liste d'attente, les enfants ayant reçu le traitement cognitivo-comportemental démontrent une diminution du sentiment de peur plus importante. Toutefois, la comparaison entre les deux formats de traitement n'indique aucune différence significative en ce qui a trait aux symptômes de SPT. Seule une différence significative est retrouvée concernant le sentiment

de peur, lequel semble s'être davantage atténué chez les enfants ayant bénéficié du traitement impliquant la participation du parent. L'une des hypothèses soulevées par les auteurs à cet effet serait que l'échantillon de petite taille permet difficilement de constater les distinctions entre les deux formats. Une seconde limite à cette étude réside dans le fait que les instruments de mesure sont dans l'ensemble administrés par les thérapeutes, amenant ainsi de possibles biais dans les réponses des clients.

La recension des études évaluatives des traitements cognitivo-comportementaux permet de conclure que ces interventions sont associées à des effets positifs. Par contre, certaines limites méthodologiques peuvent être identifiées. Dans un premier temps, les auteurs soulèvent les difficultés associées à un échantillon de petite taille, soit la capacité restreinte à généraliser les résultats et à distinguer les effets selon le format de traitement (enfant seul, parent-enfant) (Deblinger *et al.*, 1996; King *et al.*, 2000). Dans le même ordre d'idées, une étude rapporte un haut taux d'abandon des participants, particulièrement dans le groupe de comparaison (Cohen *et al.*, 2005). Les autres études n'apportent aucune précision relativement à la participation des clients. Toujours concernant les échantillons, le manque de diversité culturelle est l'une des lacunes identifiées. Certaines limites liées au groupe de comparaison sont également notées. Tout d'abord, les participants faisant partie du groupe de comparaison sont la plupart du temps assignés à un traitement offert par la communauté. La diversité de ces traitements tant au niveau de l'intensité, de la qualité et de la forme rend difficilement contrôlable les conditions dans lesquelles les participants sont placés et par le fait même, rend difficile la comparaison avec le traitement évalué (traitement cognitivo-comportemental) (Deblinger *et al.*, 1996; Deblinger *et al.*, 1999a; Deblinger *et al.*, 2001). Une seule étude, celle de Stauffer et Deblinger (1996) ne comporte pas de groupe de comparaison, mais par l'emploi de plus d'un temps de mesure, évalue tout de même la contribution de la variable temps. Ensuite, certaines limites relativement aux instruments de mesure employés sont relevées, notamment le manque de sensibilité des instruments (Cohen *et al.*, 2005; Deblinger *et al.*, 1996), la mère en tant que source unique d'information (Stauffer *et al.*, 1996) et l'administration des questionnaires par le thérapeute (King *et al.*, 2000). De plus, aucune des études recensées ayant fait compléter les questionnaires par plus d'un informateur (mère et enfant) n'a effectué de tests statistiques permettant de comparer les réponses de la mère concernant l'évaluation des comportements de son enfant et les réponses de l'enfant même

concernant l'évaluation de ses comportements. Une étude soulève aussi le fait que bien que les traitements cognitivo-comportementaux soient jugés fort efficaces auprès des enfants VAS, il s'avère impossible, pour le moment, de cerner les composantes spécifiques étant supérieures en termes d'efficacité (Cohen *et al.*, 2004). Une dernière limite importante peut être relevée, soit l'absence d'analyse des variables modératrices pouvant être liées aux gains thérapeutiques. Ainsi, bien que certaines études identifient des spécificités quant aux profils des enfants VAS liés au genre, aucune des études évaluatives répertoriées n'a exploré la possible existence de gains différentiels selon le genre.

1.5 Le traitement individuel *TF-CBT* dispensé par le CEMV

La *TF-CBT* est appliquée au CEMV, depuis 2006. Il s'agit d'un traitement individuel d'approche cognitivo-comportementale offert aux enfants victimes d'un événement traumatique. Le traitement *TF-CBT* est un traitement centré sur l'enfant qui requiert l'implication du parent; ce dans l'optique où le parent est un agent de changement pour son enfant. La *TF-CBT* comprend ainsi des sessions individuelles pour l'enfant, des sessions individuelles pour le parent ainsi que des sessions conjointes parent-enfant (Cohen, Mannarino, et Deblinger, 2006). La durée du traitement est d'environ 12 rencontres à raison d'une rencontre de 45 minutes par semaine avec l'enfant, une rencontre de 45 minutes par semaine avec le parent et 4 rencontres parents-enfants. La *TF-CBT* consiste en un traitement structuré, mais est aussi flexible dans son approche, ce afin de répondre aux besoins de l'enfant. Il peut être adapté en fonction des valeurs, de la culture et des problématiques spécifiques (ex. violence conjugale) de la famille (Gagnon, 2009).

Le traitement est divisé en plusieurs modules, lesquels sont présentés en une séquence logique (Cohen *et al.*, 2006). Chacun des modules vise l'intégration des habiletés acquises à la session précédente, afin de maintenir ces dernières et de tendre vers une progression. Les composantes de la thérapie *TF-CBT* incluent notamment: la psycho-éducation, les habiletés parentales, l'apprentissage de techniques de relaxation, l'expression et la gestion des sentiments, l'adaptation cognitive et l'exposition graduelle aux stimuli liés à l'évènement traumatique. Un des concepts clé du traitement, l'interrelation entre les pensées, les sentiments et les comportements est enseigné aux clients aussi bien que le lien entre les

comportements et la réponse de l'environnement en retour (Cohen *et al.*, 2006). En cours de thérapie, le parent et l'enfant sont amenés à identifier leurs distorsions cognitives et apprennent à les remplacer par des pensées alternatives appropriées et aidantes.

Au fil du traitement, l'enfant est aussi amené de façon graduelle à confronter les souvenirs relatifs à l'AS (Cohen *et al.*, 2006). Il est notamment encouragé à relater les pensées, et émotions vécues lors de l'évènement traumatique par le biais de l'écriture d'un récit narratif, lequel pourra être lu au parent, lors des dernières sessions d'intervention. À noter, la thérapeute, selon les capacités et les intérêts de l'enfant peut remplacer l'écriture du récit par une autre création (ex : chanson). Ce travail va permettre à l'enfant de se sentir plus confortable à parler de l'AS et permettre au parent de répondre de façon plus adéquate émotionnellement et d'apporter du soutien à son enfant. Les sessions jointes parents-enfants travaillent ainsi à maintenir une communication ouverte tant sur le sujet de l'agression sexuelle que sur d'autres sujets tels que la sexualité en général.

Les dernières sessions sont allouées à l'apprentissage d'habiletés de prévention et au fait de donner un sens au traumatisme vécu; ce que l'enfant en retient, ce qu'il dirait à un enfant ayant vécu une situation semblable, etc. (Cohen *et al.*, 2006).

1.6 Pertinence de l'évaluation du traitement *TF-CBT* offert au CEMV

Plusieurs interventions ont été développées au cours des années, afin de venir en aide aux victimes d'agression sexuelle et leur famille. La *TF-CBT* est celle dont l'efficacité au niveau de la réduction des symptômes des enfants VAS a été le plus documentée (voir les études sur le sujet: Cohen *et al.*, 2004; Cohen *et al.*, 2005; Cohen et Mannarino, 1996; Cohen et Mannarino, 2000; Deblinger *et al.*, 1996; Deblinger, *et al.*, 1999a; Deblinger *et al.*, 2001; King *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996). Tel que mentionné précédemment, cette approche exemplaire a fait ses preuves aux États-Unis comme en Australie. Au Québec, le Centre d'Expertise Marie-Vincent applique ce traitement, depuis peu. Cette thérapie, récemment implantée auprès d'une population québécoise, n'a pas encore fait l'œuvre d'évaluation. L'évaluation du traitement *TF-CBT* donné au CEMV permettra de vérifier si ce dernier répond adéquatement aux besoins des enfants VAS et leur famille et permet une réduction des symptômes associés à l'AS. Les données de cette recherche permettront ainsi

d'offrir des pistes pertinentes au plan pratique. Par ailleurs, les données recueillies pourront témoigner des défis liés à l'implantation de ce modèle d'intervention en milieu naturel.

De plus, la présente recherche vise à explorer l'influence du genre, comme variable modératrice des gains réalisés en cours de traitement. La majorité des études évaluatives est effectuée presque uniquement auprès d'échantillons féminins (Hébert, Simoneau, et Bernier, 2007). À l'opposé, les études recensées concernant la thérapie *TF-CBT* utilisent des échantillons de type mixte. Néanmoins, aucune analyse spécifique permettant de documenter un possible effet différentiel lié au genre n'a été effectuée dans ces études. Les diverses recherches répertoriant les conséquences à la suite d'une agression sexuelle soulignent le fait que le type de symptômes vécu semble être associé au genre de la victime (les garçons présentant davantage de comportements extériorisés, les filles davantage de comportements intériorisés) (Briere et Elliot, 2003; Banyard *et al.*, 2004; Feiring *et al.*, 1999; Fontanella *et al.*, 2000; Gamefski et Arends, 1998; Martin *et al.*, 2004). Ces données probantes témoignent de l'importance de prendre en considération le genre de l'enfant lors de l'analyse des effets thérapeutiques.

[Cette page a été laissée intentionnellement blanche]

CHAPITRE II

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

2.1 Objectifs

Le présent mémoire vise à évaluer les effets de l'application québécoise du *TF-CBT*. Les variables dépendantes considérées sont les symptômes intériorisés et extériorisés. L'étude évaluative tente de répondre aux limites méthodologiques soulevées en prenant en considération la variable genre dans les effets liés au traitement.

L'étude propose également de documenter l'implantation de la thérapie *TF-CBT* dispensée au CEMV. L'analyse de l'uniformité du traitement pourra aider à tracer un portrait des enfants qui connaissent la meilleure amélioration de leurs comportements à la suite du traitement. Les variables retenues pour l'évaluation de l'implantation sont: le nombre de rencontres, le taux d'absentéisme, la durée des rencontres ainsi que le niveau de participation du parent et de l'enfant.

2.2 Hypothèses

Deux hypothèses de recherche seront explorées, dans le cadre de cette étude :

H₁ : La participation au traitement *TF-CBT* dispensé au CEMV sera liée à des améliorations au niveau des symptômes intériorisés et extériorisés tels qu'évalués par la mère.

H₂ : Les améliorations au niveau des symptômes intériorisés et extériorisés suite au traitement seront plus importantes chez les filles que chez les garçons.

CHAPITRE III

MODÈLE THÉORIQUE

La présente étude s'inscrit dans le domaine de l'évaluation de programme. La section qui suit permettra ainsi de situer l'étude à travers un cadre théorique solide rattaché à l'évaluation de programme. Un ouvrage de référence en la matière, celui de Nadeau (1981), a été employé afin d'établir le modèle répondant aux critères de la présente recherche. L'écrit de Nadeau distingue les différents modèles d'évaluation de programme et leurs composantes. Parmi les modèles suggérés, celui de Hammond (1973) a été retenu. Dans un premier temps, Hammond considère un programme comme efficace, lorsque ce dernier répond aux objectifs de départ. La réussite ou non d'un programme est attribuable, selon lui, à l'interaction de diverses variables, lesquelles doivent évidemment être considérées, lors de l'évaluation. Ses variables se regroupent sous trois dimensions soit : la dimension instructionnelle, la dimension institutionnelle et la dimension comportementale. La première dimension (instructionnelle) se compose des variables suivantes : l'organisation, le contenu enseigné, les méthodes d'apprentissage, les installations physiques et les coûts. La seconde dimension (institutionnelle) intègre les variables suivantes : étudiant (âge, sexe, antécédents familiaux, etc.), professeur, administrateur, autres (données concernant la formation et l'implication dans le programme), famille (caractéristiques et implication au niveau du programme), caractéristiques de la communauté. La dernière dimension (comportementale) comprend quant à elle les variables du domaine cognitif (tel que la connaissance et la compréhension), affectif (intérêts, attitudes, valeurs, etc.) et psycho-moteur (réfère à la coordination neuro-musculaire).

Une fois les variables pouvant potentiellement influencer la réussite du programme cernées, il suffit, selon Hammond, de développer le modèle d'évaluation. Cinq étapes sont nécessaires à la réalisation d'un tel modèle :

- 1- Identifier la dimension du programme qui sera l'objet de l'évaluation;
- 2- Définir les variables tridimensionnelles;
- 3- Formuler les objectifs spécifiques;
- 4- Évaluer les comportements décrits dans les objectifs spécifiques, à l'aide d'instruments de mesure appropriés;
- 5- Analyser les résultats par facteur et par interaction entre les facteurs.

La présente étude s'inscrit dans le modèle de Hammond dans la mesure où elle évalue l'efficacité de l'application québécoise du *TF-CBT* offerte au CEMV aux enfants VAS âgés de 6 à 12 ans. Puisque les variables considérées sont les symptômes intériorisés et extériorisés, l'objectif est : d'identifier une amélioration des symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants, suite au traitement. L'instrument de mesure sélectionné (le Child Behavior Checklist Form 6-18 : Achenbach, 2001) permettra ainsi de cibler les troubles au niveau intériorisés et extériorisés chez les enfants de l'étude. Certaines variables, classées sous la dimension institutionnelle de Hammond, soit le sexe de l'enfant et son interaction avec le temps, seront également prises en considération dans les analyses des effets liées au traitement. Les caractéristiques de l'agression sexuelle subie seront-elles aussi colligées à l'aide de la grille d'analyse de la victimisation de l'enfant (Parent et Hébert, 2006) et discutées dans la conclusion. Enfin, certaines données référant à la fois à la dimension instructionnelle et institutionnelle, liées à l'implantation du traitement, comme le nombre de rencontres individuelles avec l'enfant et le parent, le nombre de rencontres conjointes, le niveau de participation de l'enfant et du parent, ainsi que la question des retards seront rapportées dans le cadre du présent mémoire.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Le présent mémoire s'inscrit à l'intérieur d'un projet plus large, mené par Martine Hébert, Ph.D, et subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Le recrutement des participants pour le projet de maîtrise a débuté en mai 2006 et s'est terminé en février 2009. Le devis de la présente étude est un devis pré-expérimental prétest/post-test sans groupe témoin.

4.1 Participants

L'échantillon de l'étude est composé de l'ensemble des enfants victimes d'agression sexuelle âgés entre 6 et 12 ans ayant reçu la totalité de la thérapie *TF-CBT* offerte au Centre d'Expertise Marie-Vincent et de leur figure parentale non-agresseuse (mère, père, parent d'accueil, autre figure parentale). Les participants sont recrutés au CEMV lors de leur deuxième entrevue d'évaluation avec l'intervenante responsable de dossier.

Parmi les critères d'inclusion des participants, l'agression sexuelle doit avoir été vérifiée et confirmée à la suite d'une enquête ou dossier/évaluation du Centre jeunesse; les participants, tant le parent que l'enfant, doivent avoir pour langue primaire le français ou l'anglais. L'échantillon de cette étude est de type volontaire, le parent ainsi que l'enfant sont libres de participer ou non et peuvent à tout moment retirer leur consentement. Au total, 62 dyades enfants-parents ont été retenues pour cette étude, dont 42 filles et 20 garçons. Les enfants sont âgés entre 6 et 12 ans pour un âge moyen de 9,31 ans.

4.2 Procédure

Lors de leur deuxième rencontre au CEMV avec l'intervenante, une assistante de recherche préalablement formée présente le projet à la mère et l'enfant, les considérations éthiques rattachées ainsi que le caractère volontaire de celui-ci. S'ils désirent participer, le parent et l'enfant remplissent, à l'aide de l'assistante de recherche, le formulaire de consentement. Puis, l'enfant et le parent sont séparés et le parent est assisté dans la complétion des questionnaires (prétest). La durée d'administration des questionnaires pour la mère est d'environ 1h30. Quatre mois plus tard, une fois la thérapie complétée, l'assistante de recherche rencontre à nouveau les participants et administre pour une seconde fois les questionnaires au parent (post-test).

4.3 Considérations déontologiques

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche et du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM.

La participation du parent et de l'enfant à l'étude est libre et volontaire. Tel que mentionné précédemment, tous deux peuvent retirer leur consentement en tout temps. Le fait de retirer son consentement ne fera pas entrave aux soins thérapeutiques offerts par le CEMV et n'aura pas de répercussions sur la qualité de ceux-ci.

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude sont confidentielles. Chaque participant se voit attribuer un code, afin de conserver son anonymat. Les questionnaires sont gardés sous clé au laboratoire de recherche de Martine Hébert à l'UQAM et sont conservés pour une durée de 5 ans. À la suite de cette période, ils seront détruits. Les personnes ayant accès aux données sont le chercheur principal (Martine Hébert), l'organisme subventionnaire les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'assistante de recherche ainsi que le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM. Bien que l'ensemble des résultats puisse faire l'œuvre de communications scientifiques, en aucun cas, l'identité du parent ou de l'enfant ne sera dévoilée.

Lors de la première rencontre, une copie des formulaires de consentement est remise au parent. Ce même formulaire présente : une description détaillée de l'étude, les avantages et désavantages possible y étant rattachés, une liste des ressources disponibles ainsi que les numéros des chercheurs principaux, en cas de besoin, pour formuler une plainte ou poser des questions.

CHAPITRE V

ARTICLE

ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DE L'APPLICATION QUÉBÉCOISE
DU TRAITEMENT TF-CBT OFFERT AUX ENFANTS
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Titre courant: ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION

Évaluation préliminaire de l'application québécoise du traitement *TF-CBT* offert aux enfants victimes d'agression sexuelle

Mélanie Guénette-Robert, B.A., candidate à la maîtrise ¹

Martine Hébert, Ph.D. ^{1,2}

¹ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

² Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent
sur les agressions sexuelles envers les enfants

Cet article est tiré du mémoire de la première auteure soumis comme exigence partielle pour l'obtention d'un diplôme de maîtrise en sexologie. La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une subvention octroyée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à la 2^{ème} auteure. La première auteure a bénéficié d'une bourse de maîtrise de la Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. Les auteurs souhaitent remercier les enfants et parents qui ont participé à cette étude, de même que la direction et les cliniciennes du Centre d'Expertise Marie-Vincent. Nous tenons aussi à remercier Marc Tourigny pour ses commentaires sur ce manuscrit. Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à Martine Hébert, Département de sexologie, C.P. 8888 Succursale Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8, courriel: hebert.m@uqam.ca.

**Évaluation préliminaire de l'application québécoise du traitement *TF-CBT*
offert aux enfants victimes d'agression sexuelle**

RÉSUMÉ

La présente étude vise à mesurer les changements associés à la participation à une intervention individuelle destinée aux enfants ayant subi une agression sexuelle, et ce, en fonction du genre des participants. Plus spécifiquement, les changements mesurés sont les troubles intériorisés et extériorisés chez l'enfant tel qu'évalué par la mère. L'échantillon se compose de 62 enfants (42 filles et 20 garçons) participant à une application en sol québécois du traitement *Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)*. Les résultats suggèrent que la participation à l'intervention est associée à une réduction des troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants ayant vécu une agression sexuelle. L'analyse n'indique aucun effet lié au genre sauf en ce qui concerne les troubles de l'attention pour lesquels les garçons connaissent une diminution marginalement plus importante des difficultés comparativement aux filles.

Mots-clés: intervention individuelle, évaluation de programme, enfants, agression sexuelle.

ABSTRACT

The present study aim to measure changes associated with involvement in individual therapy designed for children victims of sexual abuse while considering possible gender differences. More specifically, the outcomes evaluated are children's internalized and externalized behavior problems as reported by mothers. The sample consists of 62 children (42 girls and 20 boys) involved in *Trauma Focused – Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)* implemented in a Center in Quebec. Results suggest that participation in the intervention is associated with a significant reduction in internalized and externalized behavior problems in sexually abused children. Analyses do not reveal significant differences linked to gender save for attention problems for which a marginally greater decrease is found for boys compared to girls.

Keywords: individual intervention, program evaluation, children, sexual abuse.

Évaluation préliminaire des effets d'une intervention destinée aux enfants victimes d'agression sexuelle

Les agressions sexuelles à l'enfance représentent une préoccupation sociale importante. Les données de prévalence aux États-Unis indiquent qu'entre 12 et 35 % des femmes et 4 et 9 % des hommes rapportent une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Putnam, 2003). En ce qui concerne la prévalence au sein de la population québécoise, une étude récente effectuée auprès d'un échantillon de 804 adultes de 18 ans et plus révèle que 22,1 % des femmes et 9,7 % des hommes ont été victimes d'agression sexuelle (AS) pendant l'enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, et Joly, 2009).

Le fait de vivre une agression sexuelle pendant l'enfance est associé à de nombreuses conséquences lesquelles peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere et Elliot, 2003). Parmi les symptômes observés à court terme, les enfants victimes d'AS semblent afficher davantage de comportements intériorisés (anxiété, dépression, isolement social) et de comportements extériorisés (agressivité, troubles de conduite) comparativement aux enfants non-victimisés (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, et Piché, 2006; Kendall-Tackett, Meyer Williams et Finkelhor 1993). Selon différentes études, le taux d'enfants victimes d'AS présentant des comportements intériorisés et extériorisés atteignant un seuil clinique s'élève à près de 50 % (Hébert, Simoneau, et Bernier, 2007).

Plusieurs facteurs sont associés à la sévérité des symptômes manifestés. Les variables liées à l'agression sexuelle (les actes sexuels impliqués (pénétration ou non), l'utilisation de force, la relation avec l'agresseur, l'âge lors de la première agression sexuelle, la durée de l'agression sexuelle) pourraient notamment influencer l'adaptation de l'enfant au traumatisme vécu (Banyard, Williams, et Siegel, 2004; Briere et Elliot, 2003; Hébert *et al.*, 2006; Tremblay, Hébert, et Piché, 1999). Les résultats concernant l'influence de ces variables ne font toutefois pas l'unanimité, certains auteurs ne notant pas de relations significatives entre les caractéristiques de l'agression vécue et l'intensité des symptômes chez les enfants victimes. Des variables familiales telles que l'abus de substances illicites chez la mère (Paredes, Leifer, et Kilbane, 2001) et le soutien parental apporté à l'enfant suite au dévoilement (Cohen et Mannarino, 2000; Paredes *et al.*, 2001) peuvent aussi moduler les manifestations psychologiques.

Par ailleurs, certaines variables personnelles telles que l'utilisation de stratégies d'adaptation actives versus l'utilisation de stratégies d'évitement et le genre de la victime peuvent être liées à l'intensité des symptômes manifestés. Les données indiquent que les enfants victimes d'agression sexuelle employant des stratégies d'évitement présentent davantage de comportements intériorisés et extériorisés que les enfants ayant recours à des stratégies d'adaptation dites actives (ou stratégies d'approche) (Hébert *et al.*, 2006; Tremblay *et al.*, 1999). Les enfants présentant un profil de résilience utiliseraient d'ailleurs de façon moindre les stratégies d'évitement (Hébert, Daignault, Parent, et Tourigny, 2006).

Bien que peu d'études aient exploré les différences quant aux symptômes en fonction du genre, les données suggèrent que les garçons sont moins représentés dans les profils dits « résilients » (Dumont, Widom, et Czaja, 2007; Hébert, Tremblay *et al.*, 2006). Il s'avère important de mentionner que dans le domaine de l'AS, peu de recherches comportent un nombre suffisant de garçons permettant de détecter les différences selon le genre. Les garçons semblent moins susceptibles de dévoiler l'AS que leurs consœurs ou encore dévoilent plus tardivement (Feiring, Taska et Lewis, 1999; Hébert *et al.*, 2009). Les données empiriques disponibles suggèrent que les garçons ont davantage tendance à extérioriser l'agression vécue, alors que les filles, pour leur part, sont davantage susceptibles d'intérioriser l'agression (Feiring, Taska et Lewis, 1999). Selon certaines études les garçons agressés sexuellement présentent un plus haut niveau de problèmes de comportements (Darves-Bornoz, Choquet, Ledoux, Gasquet et Manfredi, 1998; Garnefski et Arends, 1998), dont des comportements agressifs (Fontanella, Harrington, et Zuravin, 2000; Garnefski et Arends, 1998), des comportements délinquants (Garnefski et Arends, 1998) et des comportements sexualisés problématiques (Feiring *et al.*, 1999) que les victimes de sexe féminin. Ils éprouvent également davantage de sentiments de solitude (Garnefski et Arends, 1998) et seraient plus susceptibles de commettre des tentatives de suicide (Garnefski et Arends, 1998; Martin, Bergen, Richardson *et al.*, 2004). Les filles, quant à elles, sont plus à risque que les garçons de présenter des symptômes intériorisés tels que l'anxiété (Banyard, Williams, et Siegel, 2004; Briere et Elliot, 2003; Feiring *et al.*, 1999; Fontanella *et al.*, 2000) et la dépression (Banyard *et al.*, 2004; Briere et Elliot, 2003). Elles semblent également afficher un niveau plus haut de symptômes de stress post-traumatique que leurs confrères, perçoivent

davantage leur environnement comme menaçant et semblent éprouver plus de sentiments de honte à l'égard de l'AS (Feiring *et al.*, 1999).

La prévalence élevée de l'AS et les nombreuses conséquences associées ont mené à l'élaboration de plusieurs interventions au cours des dernières années et ce, afin de réduire la symptomatologie chez les enfants victimes d'AS (Hébert, Bernier, et Simoneau, 2007; Simoneau, Hébert, et Tourigny, 2008). Jusqu'à ce jour, les interventions d'approche cognitivo-comportementale sont celles qui ont obtenu le plus de soutien empirique (James et Mennen, 2001). L'une de ces approches, le *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) se démarque particulièrement et a été identifiée comme une pratique exemplaire (Saunders *et al.*, 2004). Le traitement TF-CBT développé par Esther Deblinger, Judy Cohen et Anthony Mannarino a notamment fait l'objet de nombreuses études évaluatives (Cohen, Deblinger, Mannarino, et Steer 2004; Cohen et Mannarino; 1996, Cohen et Mannarino, 2000; Cohen, Mannarino, et Knudsen, 2005; Deblinger, Lipmann, et Steer, 1996; Deblinger, Stauffer, et Steer, 2001; Deblinger, Steer, et Lipmann, 1999a; King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne, Rollings, *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996).

Les recherches effectuées en sol américain indiquent que la participation à la thérapie TF-CBT entraîne une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Cohen *et al.*, 2004 ; Cohen *et al.*, 2005 ; Deblinger *et al.*, 1996; King *et al.*, 2000). Par ailleurs le traitement est associé à une diminution significative des symptômes de dépression, des attributions négatives face à l'agression sexuelle, du sentiment de honte et d'anxiété chez les enfants victimes d'agression sexuelle d'âge scolaire (Cohen *et al.*, 2004; Cohen *et al.*, 2005; Deblinger *et al.*, 1996). Les auteurs rapportent également une diminution des comportements extériorisés (Cohen *et al.*, 2004; Deblinger *et al.*, 1996) ainsi qu'une diminution des comportements sexuels problématiques (Cohen *et al.*, 2005) chez les enfants ayant participé à l'intervention. Dans une étude menée par Deblinger, Lipmann et Steer (1996) auprès de 90 enfants VAS âgés entre 7 et 13 ans, les enfants ayant suivi la thérapie TF-CBT connaissent, selon l'évaluation de la mère, une diminution de troubles de comportements extériorisés plus importante, lorsque comparés à un groupe d'enfants recevant des services normalement dispensés par la communauté (Deblinger *et al.*, 1996). Le maintien des effets deux ans après le traitement a par ailleurs été démontré

concernant les comportements extériorisés, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique (Deblinger *et al.*, 1999a). La *TF-CBT* s'avère aussi être liée à des effets probants concernant la réduction des symptômes de détresse émotionnelle chez la mère non-agresseuse (Cohen *et al.*, 2004; Stauffer et Deblinger, 1996). Par ailleurs, la participation à la thérapie serait associée à l'utilisation d'habiletés parentales jugées efficaces (Cohen *et al.*, 2004; Deblinger *et al.*, 1996). La diminution des symptômes chez l'enfant reflèterait ainsi l'effet combiné des sessions individuelles pour l'enfant, des sessions individuelles pour le parent et des rencontres conjointes parent-enfant (Cohen *et al.*, 2004). Contrairement à la majorité des études évaluatives, lesquelles sont effectuées presque uniquement auprès d'échantillons de filles (Hébert *et al.*, 2007), les études recensées concernant la *TF-CBT* ont utilisé des échantillons de type mixte. Néanmoins, aucune analyse spécifique n'a été effectuée afin d'explorer un possible effet différentiel lié au genre. Or, certaines études suggèrent que le type de symptômes démontrés suite à une agression sexuelle est lié au genre. Dans ce contexte, il apparaît opportun de considérer le genre de l'enfant lors de l'analyse des effets du traitement.

Les études évaluatives menées à ce jour sur le traitement *TF-CBT* n'ont été appliquées que sur la version originale et sur une version similaire implantée en Australie (voir Cohen *et al.*, 2004; Deblinger *et al.*, 1996; Deblinger *et al.*, 1999a; Deblinger *et al.*, 2001; King *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996). Le traitement *TF-CBT* a récemment été implanté au Centre d'Expertise Marie-Vincent, et dans ce contexte la présente étude vise à documenter l'évolution des enfants suite à leur participation à cette intervention en fonction du genre. Les variables dépendantes considérées seront les différentes dimensions des troubles de comportement, dont les troubles intériorisés et extériorisés, tel qu'évalués par la mère.

MÉTHODOLOGIE

Description de l'intervention (Cohen, Mannarino, et Deblinger, 2006)

La TF-CBT est un traitement individuel d'approche cognitivo-comportementale offert aux enfants victimes d'un événement traumatique. La thérapie TF-CBT comprend des sessions individuelles d'une part pour l'enfant et d'autre part pour le parent, ainsi que des sessions conjointes parents-enfants. Le traitement est divisé en plusieurs modules, lesquels sont présentés en une séquence logique. Chacun des modules vise l'intégration des habiletés acquises à la session précédente, afin de consolider ces habiletés et de tendre vers une progression. Les composantes de la TF-CBT incluent: la psychoéducation, les habiletés parentales, l'apprentissage de techniques de relaxation, l'expression et la gestion des sentiments, l'adaptation cognitive et l'exposition graduelle aux stimuli liés à l'évènement traumatique. Un des concepts du traitement est de faire prendre conscience aux participants de l'interrelation entre les pensées, les sentiments et les comportements. Avec le soutien du thérapeute, le parent et l'enfant sont amenés à identifier les distorsions cognitives et à les remplacer par des pensées alternatives appropriées et aidantes. Au fil du traitement, l'enfant est aussi amené de façon graduelle à confronter les souvenirs relatifs à l'AS. Il est notamment encouragé à relater les pensées et émotions vécues lors de l'évènement traumatique par le biais de l'écriture d'un récit, lequel devrait, si cliniquement pertinent, être présenté au parent lors des dernières sessions. Ce partage vise à aider l'enfant à se sentir plus à l'aise de parler de l'AS et à permettre au parent de répondre et de soutenir l'enfant de façon adéquate au niveau émotionnel. Les sessions conjointes parents-enfants visent ainsi à maintenir une communication ouverte tant sur le sujet de l'agression sexuelle que sur d'autres sujets tels que la sexualité en général. Les dernières sessions sont allouées à l'apprentissage d'habiletés de protection et au fait de donner un sens au traumatisme vécu; ce que l'enfant en retient, ce qu'il dirait à un enfant ayant vécu une situation semblable, etc.

Participants

Tous les enfants victimes d'agression sexuelle âgés entre 6 et 12 ans et leur figure parentale non-agresseuse (n = 71) qui ont débuté le processus d'évaluation du Centre d'Expertise

Marie-Vincent à Montréal (CEMV) entre mai 2006 et février 2009 et qui ont été référés pour l'intervention individuelle *TF-CBT* ont été sollicités pour participer à l'étude. Les participants sont recrutés lors de leur deuxième entrevue d'évaluation et dans le cadre de la présente étude, tous les parents sollicités ont donné leur consentement pour participer à la recherche.

Parmi les 71 enfants ayant débuté la *TF-CBT*, un total de huit enfants ont abandonné le processus thérapeutique et n'ont pas participé à l'évaluation post-test. Un enfant en était à son deuxième traitement individuel *TF-CBT*, seules les données relatives au premier traitement de ce participant ont été considérées dans les analyses. Ainsi, l'échantillon est composé de 62 dyades enfants dont l'agression sexuelle a été confirmée par une enquête policière ou une évaluation du Centre jeunesse et leur figure parentale non-agresseuse ayant reçu la thérapie *TF-CBT* offerte au CEMV.

Un total de trois cas ont été éliminés des analyses en raison d'un questionnaire non-complété au prétest et/ou au post-test. Les analyses ont, donc été effectuées sur un échantillon final de 59 parents. Les mesures rapportées par le parent ont été complétées par les mères (80,6%), les pères (3,2%), une autre figure parentale ou un parent d'accueil (16,1%).

Mesures

Les instruments de mesure ont été administrés en français ou en anglais selon la langue maternelle du participant. Les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant sont mesurés à l'aide du *Child Behavior Checklist Form 6-18 (CBCL)* (Achenbach et Rescorla, 2001) complété par la figure parentale. Les caractéristiques de l'AS subi par l'enfant sont colligées à l'aide de la Grille d'analyse de la victimisation de l'enfant (Parent et Hébert, 2006).

Troubles de comportement

Le *Child Behavior Checklist Form 6-18* (Achenbach et Rescorla) consiste en une mesure de type papier-crayon complétée par les parents afin d'évaluer les compétences et les difficultés comportementales des enfants. Le *CBCL* est divisé comme suit: quatre sections de questions sous formes ouvertes évaluant les compétences et 113 items à choix fermés (0 si l'item ne s'applique pas à l'enfant, 1 si l'item est parfois vrai pour l'enfant, 2 si l'item est toujours ou souvent vrai pour l'enfant) évaluant les difficultés comportementales. Pour la présente étude,

seuls les items traitant des difficultés liées au comportement de l'enfant ont été retenus. Les dimensions considérées sont les troubles intériorisés (anxiété, retrait et troubles somatiques), les troubles extériorisés (comportements délinquants, comportements agressifs), les troubles sociaux, les troubles de la pensée et les troubles de l'attention. Pour chacune des échelles, plus le score est élevé, plus l'enfant présente des troubles de comportements. La fidélité test-retest du *CBCL* a été démontrée par une corrélation test-retest de 0,90 pour l'échelle de problèmes de comportements (Achenbach et Rescorla, 2001). La validité de construit est également démontrée par la comparaison du *CBCL* à des échelles correspondantes d'un second instrument de mesure, soit le *Conners Parent Rating Scale (CPRS-R)* (1997). Les analyses effectuées entre les deux instruments présentent des corrélations très élevées, se situant entre 0,71 et 0,85.

Caractéristiques de l'agression sexuelle

La grille d'analyse de la victimisation de l'enfant (Parent et Hébert, 2006) est une adaptation de l'outil de mesure *History of Victimization* de Wolfe, Gentile et Boudreau (1987). Cette grille, complétée par des assistantes de recherche, résume les données relatives à l'agression sexuelle retrouvées dans les rapports de l'intervenante ayant rencontré l'enfant et les membres de la famille. Trois variables liées à l'AS sont considérées dans la présente analyse: 1) la sévérité de l'AS (moins sévère – attouchements sans déshabillage, sévère – attouchements avec déshabillage, très sévère – pénétration ou tentative de pénétration); 2) la durée de l'AS (un seul épisode, plusieurs épisodes, mais moins de six mois, AS chronique - plus de six mois) et 3) l'identité de l'agresseur (membre de la famille immédiate, membre de la famille élargie, personne connue - ami, voisin, etc., personne inconnue).

Procédure

Lors de la deuxième rencontre des participants au CEMV, une assistante de recherche préalablement formée explique brièvement l'étude, ainsi que le caractère confidentiel et volontaire de celle-ci. Par la suite, elle complète avec les parents et les enfants désireux de participer le formulaire de consentement. Puis, elle se retire seule avec le parent dans un local et assiste ce dernier dans sa complétion des questionnaires. Le parent doit remplir en plus du *CBCL*, un questionnaire de renseignements généraux portant sur des données socio-

démographiques et des données relatives à l'agression sexuelle vécue par l'enfant. La durée d'administration des questionnaires est d'environ 90 minutes. Quatre mois plus tard, une fois le traitement complété, l'assistante de recherche rencontre à nouveau le parent et administre pour une seconde fois les questionnaires. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche et du CHU Sainte-Justine et le Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM.

RÉSULTATS

La partie qui suit présente les résultats et se divise en trois sections. D'abord, la première section dresse un portrait des participants et de l'agression sexuelle vécue. La deuxième section présente les résultats de l'analyse de variance (*ANOVA*) et informe sur les effets liés à l'intervention. La troisième section vise à présenter le pourcentage de cas atteignant le seuil clinique selon le genre et selon le moment de l'évaluation (prétest ou post-test). Des analyses de khi-carré ont été menées afin d'évaluer les changements entre les temps de passation.

Description des participants et caractéristiques de l'agression sexuelle subie

Les enfants participant à l'étude sont âgés entre 6 et 12 ans, avec un âge moyen est de 9,13 ans. Des 62 enfants composant l'échantillon, 42 sont des filles et 20 des garçons. Concernant le type de famille dans laquelle ils résident, les données indiquent que la moitié des enfants vivent dans une famille monoparentale (50%). Par ailleurs, seulement 9,7% des participants évoluent dans une famille intacte alors que près d'un enfant sur quatre (22,6%) vit dans une famille recomposée. Les données indiquent en outre que 17,7% des enfants ayant participé à l'intervention vivent dans un autre type de famille (grands-parents, famille d'accueil). Quant au revenu familial, il se situe à moins de 20 000\$ pour la majeure partie des participants (41%), entre 20 000\$ et 40 000\$ pour 34,4%, entre 40 000\$ et 60 000\$ pour 9,8%, et plus de 60 000\$ pour 14,8%.

Près des deux tiers des participants de cette étude ont vécu des agressions sexuelles très sévères, impliquant la pénétration ou une tentative de pénétration (63,3%) alors que 30% ont vécu des attouchements avec déshabillage et 6,7% une AS avec des attouchements sur les vêtements, exhibitionnisme, ou incitation à des activités sexuelles. Une minorité d'enfants (14,5%) ont connu un seul épisode d'AS, 43,5% quelques événements et 41,9% une AS

chronique de plus de 6 mois. La plupart des agressions sexuelles, tant chez les filles que les garçons, ont été commises par un membre de la famille (68,9%) et que 31,1% des AS ont été commises par une personne à l'extérieur de la famille immédiate ou élargie. Pour les caractéristiques des AS vécues, une seule différence significative liée au genre est répertoriée, soit l'âge de l'agresseur. Ainsi, la majorité des filles aurait été agressée par une personne âgée de 20 ans ou plus (83,3%), alors que 42,1% des garçons ont été agressés par une personne faisant partie de cette tranche d'âge.

- Tableau 1 -

Effets de l'intervention

Des analyses de variance 2 (Genre) x 2 (Temps) ont été effectuées sur les résultats des participants aux échelles du *CBCL*. Le tableau 2 présente ainsi les moyennes obtenues par les participants, selon le genre, au *CBCL* au prétest et au post-test, quatre mois plus tard, soit une fois le traitement complété.

Pour l'ensemble des variables considérées, les résultats indiquent un effet significatif lié au temps de mesure, révélant ainsi que les enfants affichent moins de symptômes suite à l'intervention. Un seul effet d'interaction marginal est noté et concerne l'échelle évaluant les troubles liés à l'attention ($F_{(1, 57)} = 3,71$, $p = 0,06$). Les données indiquent que la réduction des troubles d'attention est marginalement plus importante chez les garçons (M prétest: 67,67, M post-test: 58,17) que chez les filles (M prétest: 66,66, M post-test: 61,80).

- Tableau 2 -

Analyse des changements dans le statut clinique, selon le genre

La Figure 1 présente le pourcentage d'enfants ayant un score clinique aux échelles du *CBCL* en fonction du moment de passation (avant et après le traitement) et du genre de l'enfant.

Lorsqu'évalué par la mère, à l'aide du CBCL, le taux de filles affichant un seuil clinique de symptômes intériorisés connaît une diminution significative entre le pré-test et le post-test passant de 58,5% à 31,7%. Concernant les symptômes extériorisés, bien que l'on puisse remarquer, à la lueur des résultats, une réduction du pourcentage de filles atteignant un seuil clinique, cette différence n'atteint pas le seuil de signification statistique.

- Figure 1 -

En ce qui concerne les garçons, les résultats sont similaires. Les analyses révèlent ainsi une différence significative, le pourcentage de cas cliniques chez les garçons connaît ainsi une diminution et passe de 61,1% à l'évaluation initiale à 27,8%, au post-test, à la fin du traitement. Quant aux symptômes extériorisés, bien que le pourcentage de gars affichant un seuil clinique connaisse une réduction suite au traitement, aucune différence statistiquement significative n'est identifiée.

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était d'évaluer l'évolution des enfants participant à l'intervention *TF-CBT* implantée au *CEMV*. Cette étude souhaitait plus précisément présenter les changements liés à l'intervention sur les symptômes extériorisés et intériorisés, tout en prenant en considération la variable genre dans les analyses. Pour ce faire, un questionnaire écrit complété par la figure parentale de l'enfant a été administré une première fois, lors de la deuxième rencontre du participant au *CEMV*, et une seconde fois, quatre mois plus tard, dans la semaine suivant la fin du traitement.

La présente étude permet d'abord de recueillir des informations sur la clientèle sollicitant les services au *CEMV*. L'analyse des caractéristiques des AS de l'échantillon révèle que la majorité des participants (63,3%) ont subi une agression sexuelle très sévère, c'est-à-dire avec pénétration ou tentative de pénétration. De plus, seule une minorité des enfants ont connu un unique épisode d'AS (14,5%), alors que 43,5% ont vécu quelques événements et 41,9% ont subi une AS chronique durant plus de 6 mois. Concernant le lien de la victime avec

l'agresseur, les données suggèrent que la plupart des agressions sexuelles, tant chez les garçons que chez les filles, ont été commises par un membre de la famille (68,9% AS intra-familiale). Les données relatives à la sévérité, la fréquence des agressions sexuelles et l'identité de l'agresseur de cette étude sont comparables à celles rapportées par Hébert et ses collègues (2006), dans leur recherche effectuée en 2006, auprès d'un échantillon québécois d'enfants victimes d'AS, âgés entre 7 et 12 ans consultant au CHU Sainte-Justine.

Les garçons et filles consultant au *CEMV* semblent expérimenter des AS similaires. Néanmoins, les analyses menées soulignent une différence significative concernant l'âge des agresseurs. Ainsi, la majorité des filles (83,3%) rapportent une AS perpétrée par une personne âgée de 20 ans ou plus et une minorité (16,7%) déclarent avoir été victime d'une AS impliquant un agresseur de moins de 20 ans. En ce qui concerne les garçons, près de la moitié (52,9%) ont vécu une agression impliquant une personne âgée de moins de 20 ans. Ces résultats rejoignent ceux de Finkelhor et ses collègues (1990) qui rapportent que les filles sont davantage agressées par des personnes plus âgées comparativement aux garçons (Finkelhor *et al.*, 1990).

Les résultats d'une proportion importante des enfants, soit plus de la moitié, atteignent le seuil clinique de symptômes intériorisés et extériorisés, lors de l'évaluation initiale. Ainsi, le pourcentage de participants présentant une symptomatologie clinique s'élève à 60% sur l'échelle des troubles intériorisés et à 61% sur l'échelle des troubles extériorisés. Ces données rejoignent ceux rapportés par Hébert et ses collaborateurs, en 2006, où 47,6% de l'échantillon obtenait des scores cliniques de problèmes intériorisés et 47,6% de l'échantillon obtenait des scores cliniques de problèmes extériorisés (Hébert *et al.*, 2006). Il est à noter que dans la présente étude, les garçons et filles présentant un seuil clinique de symptômes exhibent autant des troubles extériorisés qu'intériorisés. Nos résultats sont donc contraires à ceux obtenus par Feiring et ses collègues; résultats qui indiquaient que les filles avaient davantage tendance à intérioriser l'évènement alors que les garçons avaient davantage tendance à manifester des troubles extériorisés suite au dévoilement d'une AS (Feiring *et al.*, 1999).

Les analyses effectuées témoignent de changements positifs chez les participants, suite à l'intervention individuelle. Les résultats démontrent ainsi que les enfants victimes d'AS ayant participé au *TF-CBT* connaissent une diminution significative de leurs symptômes

intériorisés et extériorisés selon l'évaluation du parent, une fois le traitement complété. Ces résultats rejoignent donc ceux des études évaluatives antérieures effectuées en sol américain et australien ayant rapporté que les enfants victimes d'AS participant au *TF-CBT* connaissent une réduction notable de leur symptomatologie (Cohen *et al.*, 2004; Cohen *et al.*, 2005; Deblinger *et al.*, 1996; Deblinger *et al.*, 1999a; King *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996).

La considération de la variable du genre dans l'analyse des effets liés à l'intervention permet de constater que les garçons et filles de l'échantillon, suite au traitement, semblent vivre une amélioration comparable concernant l'ensemble des troubles de comportements considérés. Par contre, un effet d'interaction marginal est noté à l'une des sous-dimensions évaluées, soit les troubles liés à l'attention. Les données indiquent ainsi que la réduction des troubles de l'attention, au post-test, apparaît marginalement plus importante chez les garçons que chez les filles. Tel que mentionné précédemment, les études évaluatives répertoriées concernant la *TF-CBT* n'ont pas rapporté d'analyse spécifique concernant un possible effet différentiel lié au genre. Il s'avère donc impossible d'établir un point de comparaison avec ces études. Néanmoins, les résultats de la présente étude rejoignent ceux de Webster-Stratton (1996) qui conclut que la réponse au traitement est très similaire chez les filles et les garçons lors de l'analyse d'un traitement auprès d'enfants présentant des troubles de comportements.

Lorsqu'évalué, le pourcentage de filles et de garçons affichant un seuil clinique de symptômes intériorisés au prétest, diminue considérablement au post-test, une fois le traitement terminé. Du côté des symptômes extériorisés, malgré que l'analyse des moyennes suggère une diminution significative des symptômes et bien que le pourcentage de participants présentant une symptomatologie dite clinique diminue, tant chez les filles (61 à 48,8%) que chez les garçons (61,1 à 50%), à la suite du traitement, cette réduction ne peut être qualifiée de statistiquement significative. Plusieurs auteurs ont souligné que les troubles extériorisés et les comportements sexuels problématiques sont les symptômes les plus résistants aux changements chez les enfants victimes d'AS (Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Dubowitz, Black, Harrington et Vershoore, 1993; Lanktree et Briere, 1995; Nelki et Watters, 1989). Certains auteurs préconisent d'offrir des traitements plus longs notamment pour les enfants présentant un niveau important de symptômes extériorisés (Lanktree et Briere, 1995). Il importe de se rappeler qu'il peut être difficile et long pour une victime de mauvais

traitements de développer un lien de confiance avec son thérapeute (Mathews, 1996) ou d'être en mesure de reconnaître et d'accepter certaines émotions en lien avec le traumatisme (Kitchur et Bell, 1989). Il faut également noter que les habiletés parentales et le sentiment de compétence du parent peuvent être compromis en raison du défi que représentent les problèmes extériorisés (Hiebert-Murphy, 2000) ou d'un état émotionnel envahissant (Kelly *et al.*, 2002). Les parents présentant des déficits au plan de leurs habiletés parentales sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à faire cesser les comportements mésadaptés chez l'enfant (Hiebert-Murphy, 2002). Bien que la *TF-CBT* cible les habiletés parentales tant au niveau de la discipline que de la communication, il est possible que la généralisation des techniques proposées dans le milieu familial représente un défi plus important particulièrement si les troubles extériorisés sont plus importants i.e. atteignent le seuil clinique.

Somme toute, la présente étude offre des premiers résultats prometteurs, car ils démontrent une amélioration chez les enfants suite à leur participation à l'application québécoise du *TF-CBT*. Ces résultats peuvent sans doute s'expliquer par les nombreuses qualités octroyées au *TF-CBT* identifiées par les auteurs comme étant des facteurs déterminants des bénéfices liés au traitement, soit la présence d'un cadre conceptuel reconnu, plusieurs analyses documentant un soutien empirique solide, l'utilisation et l'appréciation de l'approche par les milieux de pratique, un manuel présentant les modalités d'intervention de façon détaillée et standardisée (Saunders, Berliner, et Hanson, 2004), une souplesse laissée à l'intervenant afin d'adapter l'intervention aux besoins individuels et uniques des clients (Friedrich, 1996). Il est à noter que le traitement *TF-CBT* développé par Deblinger, Cohen et Mannarino est le seul qui se mérite une cote de 1 (traitement jugé efficace et bien soutenu) dans le système de classification proposé par Saunders et ses collaborateurs (Saunders *et al.*, 2004). À la lumière de ces résultats, tel que souligné par Cohen et ses collègues (Cohen, Mannarino, Berliner, et Deblinger, 2000, Cohen *et al.*, 2004), il serait pertinent, pour les études futures, de cibler les interventions spécifiques du *TF-CBT* qui s'avèrent être les ingrédients actifs des changements observés.

La présente étude ne documente pas de différences significatives liées au genre quant aux effets de l'intervention. Par contre, les variables dépendantes considérées ne couvrent pas

l'étendue des manifestations possibles suite à une AS. Ainsi, certains enjeux spécifiques tels le développement de conduites sexuelles inappropriées ou le risque de revictimisation pourraient être liés au genre de la victime et devraient faire l'objet d'études futures. De surcroît, certains chercheurs questionnent le rôle que pourrait avoir le genre de l'intervenant sur la qualité de la relation thérapeutique et par le fait même sur l'efficacité du traitement (Kitchur et Bell, 1989; O'Donohue et Elliot, 1992). Bien que certaines combinaisons (victime/thérapeute) de genre soient recommandées par les auteurs, aucune analyse spécifique n'a été menée à ce sujet (Kitchur et Bell, 1989). Selon Mathews (1996), les intervenants masculins pourraient représenter des modèles positifs pour les garçons victimisés et permettraient d'amoindrir des conceptions stéréotypées de la masculinité.

Bien qu'ayant permis de documenter une première analyse des effets de l'application québécoise du traitement *TF-CBT* auprès d'une clientèle d'enfants victimes d'AS, la présente étude comporte certaines limites méthodologiques. Une de ces limites est associée au type de devis choisi (pré/post-test) et le fait que l'étude ne comporte pas de groupe témoin. L'utilisation d'un tel devis ne permet pas de conclure avec certitude que les améliorations notées chez les participants sont attribuables au traitement offert et non pas à l'effet du passage du temps. De plus, la présente étude n'explore pas les effets à long terme du traitement et ne peut donc pas documenter le maintien des acquis chez les enfants. Enfin, le fait que les données ne soient recueillies qu'auprès d'un seul répondant (la figure parentale) constitue également une limite méthodologique. En effet, le recours à une seule source d'information - la mère - ne permet pas de s'assurer que les symptômes évalués reflètent effectivement la réalité de l'enfant et non pas une perception possiblement biaisée de la mère en lien avec une possible détresse. Il est en effet possible que les problèmes comportementaux des enfants soient surestimés (Brody et Forehand, 1986; Canning *et al.*, 1993; Kelly *et al.*, 2002). Si les mères vivent une détresse suite au dévoilement de l'AS atteignant le seuil clinique, elles pourraient être plus sensibles (Brody et Forehand, 1986; Canning, Hanser, Shade. et Boyce, 1993) ou encore moins tolérantes face aux comportements symptomatiques de l'enfant (Brody et Forehand, 1986). Il serait, donc pertinent pour les études évaluatives futures de contrôler le niveau de détresse émotionnelle de la figure parentale dans les analyses des effets liés au traitement. Par ailleurs, la considération de plus d'une source d'information (enfant, parent, professeur, intervenant) dans les études futures

permettrait d'obtenir des données plus justes et complètes des symptômes chez les enfants victimes d'AS, et par le fait même de mieux documenter l'efficacité des traitements.

De plus, les études futures seront à même de considérer les effets possibles du traitement en regard de d'autres symptômes fréquemment associés à l'AS soit les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation. La contribution de la présente étude reste néanmoins importante, puisqu'elle permet d'offrir pour la première fois, une évaluation en contexte québécois des effets de l'intervention individuelle *TF-CBT* offerte au CEMV auprès d'une clientèle d'enfants VAS, âgés entre 6 et 12 ans.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms et Profiles. An Integrated System of Multi-informant Assessment*. ASEBA, University of Vermont.
- Banyard, V.L., Williams, L.M., & Siegel, J.A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-228.
- Briere, J. & Elliot, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Brody, G.H. & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 237-240.
- Canning, E.H., Hanser, S.B., Shade, K.A., & Boyce, W.T. (1993). Maternal Distress and discrepancy in reports of psychopathology in chronically ill children. *Psychosomatics*, 34(6), 506-511.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R.A. (2004). A multi-site randomized controlled trial for children with abused-related PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and Adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (Eds). (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New-York: The Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (2000) Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994.
- Darves-Bornoz, J.-M., Choquet, M., Ledoux, S., Gasquet, I., & Manfredi, R. (1998). Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(3), 111-117.

- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer R.A. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer R.A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deblinger, E., Steer R.A., & Lippmann J. (1999a). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D., & Vershoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 743-754.
- DuMont, Kimberly A., Widom, C., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255-274.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescent's adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 115-128.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S.J. (2000). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 21-40.
- Friedrich, W.N. (1996). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child Maltreatment*, 1(4), 343-347.
- Garnefski, N. & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21(1), 99-107.
- Hébert, M., Daignault, I.V., Parent, N., & Tourigny, M. (2006) A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 1(3), 203-216.
- Hébert, M., Simoneau, A., & Bernier, M. (2007). *Les interventions offertes aux enfants victimes d'agression sexuelle: Identification des pratiques exemplaires*. Rapport de recherche. Université du Québec à Montréal, Département de sexologie.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I.V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Hiebert-Murphy, D. (2000). Factors related to mother's perceptions of parenting following their children's disclosures of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5(3), 251-260.
- James S. & Mennen, F. (2001). Treatment outcome research: How effective are treatments for abused children?. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 18(2), 73-95.
- Kelly, D., Faust, J., Runyon, M.K., & Kenny, M.C. (2002). Behavior problems in sexually abused children of depressed versus nondepressed mothers. *Journal of Family Violence*, 17(2), 107-116.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000) Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355.
- Kitchur, M. & Bell, R. (1989). Group psychotherapy with preadolescent sexual abuse victims: Literature review and description of an inner-city group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39(3), 285-310.
- Mannarino, A., Cohen, J.A., & Steer, R.A. (2007). Self-reported depression in mothers who have children sexually abused. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 29(3), 203-210.
- Mathews, F. (1996). *Le garçon invisible: Nouveau regard sur la victimologie au masculin: enfants et adolescents*. Santé-Canada, 80p.
- Nelki, J.S. & Watters, J. (1989). A group for sexually abused young children: Unravelling the web. *Child Abuse & Neglect*, 13(3), 369-377.
- O'Donohue, W.T. & Elliott, A.N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 218-228.
- Paredes, M., Leifer, M., & Kilbane, T. (2001). Maternal variables related to sexually abused children's functioning. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1159-1176.
- Parent, N. & Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant*. Adaptation française du "History of Victimization Form" by Wolfe, Gentile et Boudreau (1987). Montréal: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.

- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Simoneau, A.-C., Hébert, M., & Tourigny, M. (2008). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 245-288.
- Stauffer, L.B. & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequence in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.

Tableau 5.1
Caractéristiques socio-démographiques et des agressions sexuelles des participants

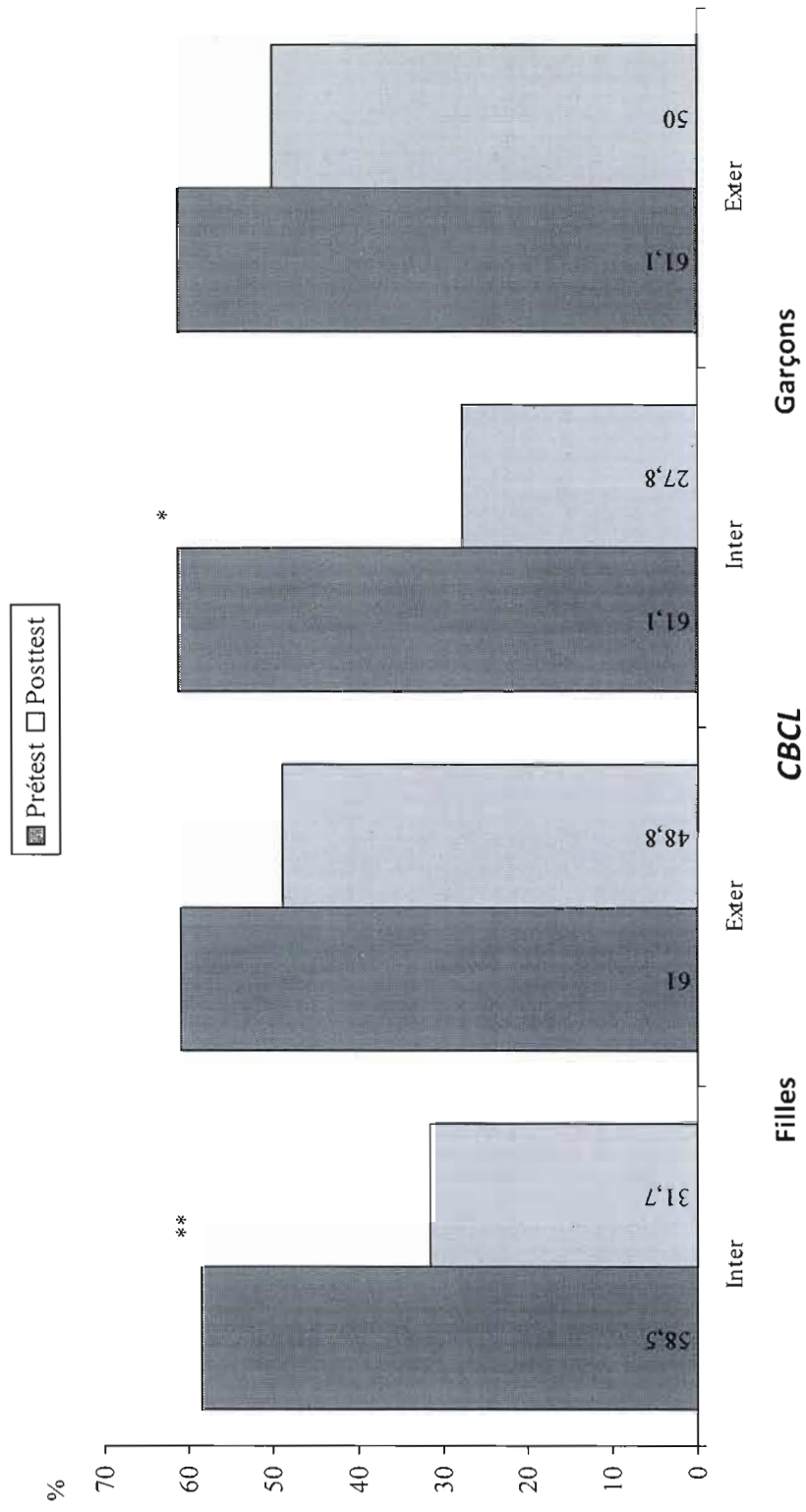
	N	Total (n = 62)	Filles (n = 42)	Garçons (n = 20)	Tests statistiques
Âge moyen des enfants	62	9,13 (± 2,04)	9,31 (± 2,10)	8,75 (± 1,92)	$t_{(60)} = 1,01$ ns
Parent-accompagnateur	62				$\chi^2_{(3)} = 2,04$ ns
Mère		80,6%	81,0%	80,0%	
Père		3,2%	4,8%	0,0%	
Membre de la famille élargie		1,6%	2,4%	0,0%	
Parent d'accueil		14,5%	11,9%	20,0%	
Type de famille	62				$\chi^2_{(3)} = 5,22$ ns
Intacte		9,7%	11,9%	5,0%	
Monoparentale		50,0%	57,1%	35,0%	
Recomposée		22,6%	19,0%	30,0%	
Autre (habitant chez les grands-parents ou en famille d'accueil)		17,7%	11,9%	30,0%	
Revenu familial	61				$\chi^2_{(3)} = 3,00$ ns
Moins de 20 000\$		41,0%	41,5%	40,0%	
20 000\$ à 39 999\$		34,4%	36,6%	30,0%	
40 000\$ à 59 999\$		9,8%	12,2%	5,0%	
60 000\$ et plus		14,8%	9,8%	25,0%	
Scolarité de la mère	62				$\chi^2_{(2)} = 0,83$ ns
Secondaire ou moins		50,0%	50,0%	50,0%	
Collégial		40,3%	38,1%	45,0%	
Universitaire		9,7%	11,9%	5,0%	
Agression sexuelle vécue par la mère	50	38,0%	35,3%	43,8%	$\chi^2_{(1)} = 0,33$ ns

	N	Total (n = 62)	Filles (n = 42)	Garçons (n = 20)	Tests statistiques
Sévérité de l'agression	60				$\chi^2_{(2)} = 3,40$ ns
AS moins sévère: touchers sur les vêtements, exhibitionnisme, incitation à une activité sexuelle (AS moins sévère)		6,7%	5,0%	10,0%	
AS sévère: touchers sous les vêtements (AS sévère)		30,0%	37,5%	15,0%	
AS très sévère: tentative de pénétration ou pénétration (orale, vaginale ou anale) (AS très sévère)		63,3%	57,5%	75,0%	
Fréquence de l'agression	62				$\chi^2_{(2)} = 2,76$ ns
Épisode unique		14,5%	19,0%	5,0%	
Quelques événements		43,5%	38,1%	55,0%	
Chronique (plus de six mois)		41,9%	42,9%	40,0%	
Relation agresseur/victime	61				$\chi^2_{(1)} = 1,55$ ns
Intra-familial		68,9%	73,8%	57,9%	
Extra-familial		31,1%	26,2%	42,1%	
Âge de l'agresseur	59				$\chi^2_{(1)} = 8,06$ **
19 ans et moins		27,1%	16,7%	52,9%	
20 ans et plus		72,9%	83,3%	47,1%	
% femmes agresseuses	62	6,5%	7,1%	5,0%	$\chi^2_{(1)} = 0,10$ ns

Tableau 5.2
Évolution des problèmes intériorisés et extériorisés suite à la thérapie en fonction du sexe de
l'enfant (ANOVA)

	Filles				Garçons							
	Prétest		Post-test		Prétest		Post-test		Effet			
	M	E-T	M	E-T	M	E-T	M	E-T	Genre F	Temps F	Genre x Temps F	
Troubles de comportement (CBCL) (scores T)												
Problèmes intériorisés	64,93	9,51	57,12	9,83	64,56	11,18	56,44	11,68	0,04	47,75***	0,04	
Anxiété	64,02	10,03	58,71	8,06	65,11	11,86	58,22	8,94	0,02	25,29***	0,29	
Retrait	63,78	9,63	57,41	6,90	66,89	11,67	59,78	8,81	1,48	31,82***	0,34	
Troubles somatiques	60,32	7,95	56,83	6,75	59,50	10,09	56,56	6,24	0,10	7,17*	0,00	
Problèmes extériorisés	66,66	9,71	61,95	9,21	66,39	11,40	60,39	12,29	0,11	35,72***	0,61	
Comportements délinquants	63,51	9,37	60,59	8,55	63,94	9,12	60,94	8,95	0,03	16,26***	0,00	
Comportements agressifs	68,73	11,29	62,66	9,17	69,78	12,37	61,94	8,88	0,00	26,20***	0,33	
Troubles sociaux	64,61	10,45	60,85	8,51	63,06	10,94	58,72	8,38	0,58	10,59**	0,51	
Troubles de la pensée	64,54	8,88	60,83	9,87	62,67	10,87	58,33	7,75	0,82	12,77***	0,42	
Troubles de l'attention	66,66	11,35	61,80	8,69	67,67	15,65	58,17	8,09	0,22	35,40***	6,62 ^m	

^m $p = 0.06$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$



* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ † $p = .06$ to $.10$

Figure 5.1 Pourcentage de scores cliniques, selon le genre et le temps de passation, au CBCL

CHAPITRE VI

CONCLUSION

Le présent chapitre comporte huit sections. D'abord, les principaux résultats de cette recherche seront discutés en lien avec ceux des études antérieures. Les résultats liés à l'implantation du traitement *TF-CBT* seront aussi rapportés et discutés dans ce même chapitre. Puis, les implications cliniques y seront présentées et des pistes pour les futures recherches seront suggérées. Ensuite, les limites méthodologiques liées au type de devis choisi seront exposées. Pour terminer, la pertinence sexologique de cette étude sera démontrée ainsi que l'apport de l'intervention en lien avec les besoins sexologiques cernés.

5.1 Principaux résultats discutés en lien avec les études antérieures

L'objectif du présent mémoire était d'évaluer l'évolution des enfants participants à l'application québécoise du *TF-CBT*. Cette étude souhaitait plus précisément présenter les changements liés à l'intervention sur les symptômes extériorisés et intériorisés, tout en prenant en considération la variable genre dans les analyses. Les résultats obtenus seront discutés en lien avec les hypothèses de départ. Le mémoire proposait également de documenter l'implantation de l'intervention. Une telle analyse pourrait permettre de cerner les conditions optimales à la réussite du traitement.

Dans un premier temps, l'étude apporte une contribution importante en permettant de dresser un portrait de la clientèle rencontrée au CEMV. L'analyse des caractéristiques des AS de l'échantillon révèle que la majorité des participants connaissent des AS très sévères (63,3%) ainsi que plus d'un épisode d'AS (43,5% quelques événements, 41,9% AS chronique de plus de 6 mois). Les données relatives à la sévérité et la fréquence des agressions sexuelles sont comparables à celles rapportées par Hébert et ses collègues (2006), dans leur étude effectuée

en 2006, auprès d'un échantillon québécois d'enfants victimes d'AS, âgés entre 7 et 12 ans consultants au CHU Sainte-Justine.

Les recherches au niveau des AS démontrent que les agresseurs sont généralement connus de la victime (Dubé et Hébert, 1988). Les résultats de cette étude ne font pas exception. Il semblerait ainsi que la plupart des agressions sexuelles de cet échantillon, tant chez les filles que chez les garçons, aient été commises par un membre de la famille (68,9% AS intra-familiale). Ces données sont similaires à celles obtenues par Hébert et ses co-chercheurs (2006) ayant rapporté qu'une majorité d'enfants VAS (62%) expérimente des AS intra-familiale.

Bien que les garçons et filles consultants au CEMV semblent expérimenter des AS identiques, les analyses menées soulignent une différence significative concernant l'âge des agresseurs. Ainsi, la majorité des filles (83,3%) rapportent une AS perpétrée par une personne âgée de 20 ans ou plus et une minorité (16,7%) déclarent avoir été victime d'une AS impliquant un agresseur de moins de 20 ans. En ce qui concerne les garçons, près de la moitié (52,9%) ont vécu une agression impliquant une personne âgée de moins de 20 ans. Ces résultats rejoignent ceux de Finkelhor et ses collègues (1990) qui rapportent que les filles sont davantage agressées par des personnes plus âgées comparativement aux garçons (Finkelhor *et al.*, 1990).

L'analyse des caractéristiques des agressions sexuelles de l'échantillon démontre que la clientèle rencontrée au CEMV présente un profil lourd. Ainsi, la majorité des enfants participant à l'intervention ont expérimenté des agressions sexuelles très sévères, perpétrés par un membre de la famille, et ce, sur une longue période de temps. Certains auteurs évoquent la possibilité que les échantillons cliniques d'enfants VAS, comparativement à la population générale connaissent des AS plus graves, de plus longue durée (Gold *et al.*, 1996; Hutchings et Dutton, 1993). L'ampleur des gestes vécus par les enfants recevant un traitement *TF-CBT* au CEMV pourrait notamment avoir pour conséquence d'influencer la sévérité des symptômes affichés au prétest.

Par ailleurs, une proportion importante des enfants, soit plus de la moitié, atteignent le seuil clinique de symptômes intériorisés et extériorisés, lors de l'évaluation initiale. Ainsi, le

pourcentage de participants présentant une symptomatologie clinique s'élève à 60% sur l'échelle des troubles intériorisés et à 61% sur l'échelle des troubles extériorisés. Ces données rejoignent celles rapportées par Hébert et ses collaborateurs, en 2006, où 47,6% de l'échantillon obtenait des scores cliniques de problèmes intériorisés et 47,6% de l'échantillon obtenait des scores cliniques de problèmes extériorisés (Hébert *et al.*, 2006). Il est à noter que les garçons et filles de cet échantillon présentant un seuil clinique de symptômes exhibent autant des troubles intériorisés qu'extériorisés. Les effets de l'AS retrouvés parmi les participants de cette étude sont donc différents des résultats des recherches ayant rapporté que les filles VAS ont davantage tendance à exhiber des symptômes intériorisés (Briere et Elliot, 2003; Banyard *et al.*, 2004; Feiring *et al.*, 1999; Fontanella *et al.*, 2000) et les garçons davantage tendance à exhiber des symptômes extériorisés (Feiring *et al.*, 1999; Fontanella *et al.*, 2000; Garnefski et Arends, 1998).

La présente étude visait à offrir des données préliminaires concernant l'efficacité de l'application québécoise du *TF-CBT*. Les analyses effectuées témoignent de changements positifs chez les participants, suite à l'intervention individuelle dispensée au CEMV. Les résultats démontrent que les enfants victimes d'AS ayant participé au *TF-CBT* connaissent une diminution significative de leurs symptômes intériorisés et extériorisés, une fois le traitement complété, confirmant ainsi l'hypothèse de départ. Ces résultats rejoignent ceux des études évaluatives antérieures effectuées en sol américain et australien ayant rapporté que les enfants victimes d'AS participant au *TF-CBT* connaissent une réduction notable de leur symptomatologie (Cohen *et al.*, 2004; Cohen *et al.*, 2005; Deblinger *et al.*, 1996; Deblinger *et al.*, 1999a; King *et al.*, 2000; Stauffer et Deblinger, 1996).

La prise en considération de la variable genre dans les effets liés à l'intervention permet de constater que les garçons et filles de l'échantillon, suite au traitement, semblent vivre une amélioration comparable concernant l'ensemble des sous-dimensions référant aux symptômes intériorisés. En ce qui concerne les troubles extériorisés, un effet d'interaction marginal est noté à l'une des sous-dimensions évaluées, soit les troubles liés à l'attention. Les données indiquent ainsi que la réduction des troubles de l'attention, au post-test, est marginalement plus importante chez les garçons que chez les filles. Tel que mentionné précédemment, les études évaluatives répertoriées concernant la *TF-CBT* n'ont pas rapporté

d'analyse spécifique concernant un possible effet différentiel lié au genre. Il est, donc impossible d'établir un point de comparaison avec ces études. De plus, les recherches sur les AS s'étant intéressées aux différences entre les genres se sont particulièrement attardées aux caractéristiques de l'agression sexuelle ou aux symptômes y étant reliées, ces études n'ont établi aucune comparaison entre les résultats au traitement des filles et des garçons. Il s'avère important de relever le fait que peu de recherches comportent un nombre suffisant de garçons permettant de détecter les différences entre les sexes (Feiring *et al.*, 1999). En effet, les garçons sont généralement plus difficiles à recruter que les filles, l'une des causes étant que les garçons sont moins susceptibles de dévoiler l'AS que leurs consoeurs (Feiring *et al.*, 1999). Néanmoins, les résultats de la présente étude rejoignent ceux de Webster-Stratton (1996) qui conclut que la réponse au traitement est très similaire chez les filles et les garçons, lors de l'analyse d'un traitement auprès d'enfants présentant des troubles de comportements. Les auteurs n'évaluent cependant pas séparément chacune des sous-dimensions de symptômes extériorisés et l'étude ne permet, donc pas d'établir un parallèle avec les résultats obtenus à la dimension troubles d'attention par les garçons VAS vu au CEMV. Le fait que les participants de sexe masculin connaissent une réduction marginalement plus importante des troubles liés à l'attention, une fois le traitement complété, semble toutefois logique, si l'on se réfère aux écrits concernant le sujet. En effet, il est rapporté que les garçons présentant des troubles liés à l'attention et l'hyperactivité connaissent une amélioration majeure de leurs symptômes de façon très rapide, en dépit du nombre ou du type de traitement (Hart, Lahey, Loeber, Applegate et Frick, 1995). Cette amélioration drastique s'effectue, selon Hart et ses co-chercheurs, sur une courte période, soit entre la première et la deuxième année d'intervention. Par la suite, les troubles continueraient de diminuer, mais d'une façon moindre et plus régulière (Hart *et al.*, 1995). La réduction marginalement plus importante des troubles d'attention au post-test chez les garçons du présent échantillon pourrait ainsi être dû au passage du temps, si l'on se fie aux conclusions de Hart et ses collègues (1995). Les données concernant la diminution des symptômes en fonction du genre viennent infirmer la deuxième hypothèse à l'effet que les filles vivraient une amélioration supérieure aux garçons (voir chapitre 2).

Lorsqu'évalué, le pourcentage de filles et de garçons affichant un seuil clinique de symptômes intériorisés au prétest, diminue considérablement au post-test, une fois le

traitement terminé. Du côté des symptômes extériorisés, malgré que l'analyse des moyennes suggère une diminution significative des symptômes et bien que le pourcentage de participants présentant une symptomatologie dit clinique diminue, tant chez les filles (61 à 48,8%) que chez les garçons (61,1 à 50 %), à la suite du traitement, cette réduction ne peut être qualifiée de statistiquement significative. Plusieurs auteurs ont souligné que les troubles extériorisés et les comportements sexuels problématiques sont les symptômes les plus résistants aux changements chez les enfants victimes d'AS (Darves-Bornoz *et al.*, 1998; Dubowitz *et al.*, 1993; Lanktree et Briere, 1995; Nelki et Watters, 1989). Certains auteurs préconisent d'offrir des traitements plus longs notamment pour les enfants présentant un niveau important de symptômes extériorisés (Lanktree et Briere, 1995).

5.2 Résultats liés à l'implantation

Nombre et durée des rencontres individuelles

La grille d'implantation n'a pas été colligée de façon systématique, lors des premières années de l'expérimentation. Les données sont donc présentées à titre exploratoire. Le questionnaire d'implantation a été complété pour 30 participants. La majorité d'entre eux (20/30 ou 66,67%) ont reçu un total de 12 rencontres, soit le nombre de rencontres prévues dans le cadre du traitement *TF-CBT*. Seuls 4 enfants ont reçu moins de 12 rencontres (entre 7 et 10 rencontres), alors que 6 enfants ont dû recevoir un traitement comportant plus de sessions que le nombre habituellement fixé par la *TF-CBT*. Un seul participant a abandonné l'intervention, à la suite de 8 rencontres.

----Annexe C : Tableau C.1----

La durée moyenne des rencontres individuelles est de 42,50 minutes avec l'enfant et de 38 minutes pour le parent. Notons que la durée des rencontres avec l'enfant et le parent n'a pas pu être calculée pour 6 participants, en raison de données manquantes. La durée moyenne des rencontres individuelles tant pour le parent que l'enfant se rapproche ainsi du temps suggéré (45 minutes pour le parent, 45 minutes pour l'enfant) par les auteurs de la *TF-CBT*.

Nombre et durée des rencontres conjointes

La moitié des participants ont connu un nombre de 4 rencontres conjointes (15/30 ou 50%). Un total de 8 participants ont reçu moins de 4 rencontres conjointes et 7 participants plus de 4 rencontres.

----Annexe C : Tableau C.2----

Le temps alloué aux rencontres conjointes le plus fréquent est de 30 minutes, tel que décrit dans le manuel de la *TF-CBT*. La moyenne de durée des rencontres est, elle, de 24,24 minutes. Le temps accordé aux rencontres conjointes n'a pas pu être documenté pour 4 participants en raison de questionnaires d'implantation complétés de façon partielle.

Retards

Concernant les retards, 10 participants (33 %) ne sont pas arrivés à l'heure convenue à certains de leurs rendez-vous. Il s'avère impossible de connaître le nombre de retards d'un participant, puisque les informations à ce sujet n'ont pas été colligées de façon systématique. Majoritairement, les retards sont d'une durée de 15 minutes. On remarque que sur les 10 participants présentant des retards aux rencontres, 6 ont plus d'un retard et 3 un seul retard.

Participation du client

La participation du client est évaluée selon une échelle de 3 points (1= refus de collaborer, 2= participe à des parties de la rencontre, 3=participation active). La plupart des enfants rencontrés ont participé de façon active aux rencontres (moyenne de la participation des enfants aux rencontres= 2,86). Le scénario est similaire pour les parents (moyenne de la participation des parents aux rencontre=2,96).

5.3 Discussion des résultats liés à l'implantation

Certains auteurs rapportent le fait que peu d'études évaluatives considèrent dans leurs analyses le taux d'attrition (James et Mennen, 2001; Simoneau, Hébert et Tourigny, 2008), le

niveau de participation des clients ainsi que l'assiduité aux rencontres (Simoneau *et al.*, 2008). Pour pallier aux limites retrouvées dans les études, ce mémoire avait pour second objectif de rapporter de façon exploratoire les données relatives à l'implantation du traitement *TF-CBT* au CEMV.

Évaluer l'implantation de l'intervention individuelle dispensée au CEMV a posé défi. Plusieurs données se sont avérées manquantes sur chacun des aspects de l'implantation (nombre de rencontres, durée, retards, participation). Il sera, donc important, lors de prochaines interventions, de documenter de façon plus systématique les informations relatives à ce sujet, ce dans l'optique d'effectuer des analyses plus détaillées. Plus particulièrement, les recherches futures sur le sujet devront vérifier le degré d'adéquation entre les thèmes et exercices proposés par le manuel avec ceux vus en traitement.

L'analyse des données d'implantation permet néanmoins de constater que les intervenantes respectent le manuel standardisé développé par les auteurs du traitement *TF-CBT*, notamment concernant le nombre et la durée des rencontres, tout en l'adaptant au caractère unique des clients. Les participants semblent, par ailleurs, motivés et prêts à coopérer avec la thérapeute (voir les résultats concernant la participation au traitement), laissant supposer que les techniques employées, les sujets abordés par l'intervention correspondent à leurs besoins.

5.4 Implications cliniques

L'ajout de sessions dans les traitements pour enfants VAS consiste en une piste d'intervention fort pertinente. Il importe de rappeler qu'il peut être laborieux pour un enfant dont la confiance a été flouée de construire un lien solide avec son thérapeute et de se dévoiler (Mathews, 1996). Tout comme il peut être difficile pour ce dernier d'être en mesure de reconnaître et d'accepter les émotions vécues en lien avec le traumatisme (Kitchur et Bell, 1989). À lui seul, ce travail peut nécessiter plusieurs sessions (Kitchur et Bell, 1989). Les victimes masculines sont encore plus à même de vivre cette réalité vu leur mode de socialisation qui les pousse à être fortes et stoïques et qui les empêche par le fait même d'afficher leur vulnérabilité (Mathews, 1996). Des facteurs externes dont le statut socio-économique et le contexte familial peuvent également venir influencer la réponse des enfants au traitement (Kazdin et Weisz, 1998). Certains enfants VAS pourraient ainsi avoir

davantage besoin de temps en raison de ce qui a été discuté, afin de connaître une réduction significative de leurs symptômes (Lanktree et Briere, 1995).

Dans le même ordre d'idée, le genre de l'intervenant pourrait possiblement avoir un rôle à jouer dans la qualité de la relation thérapeutique et par le fait même sur l'efficacité du traitement (Kitchur et Bell, 1989; O'Donohue et Elliot, 1992). Certaines combinaisons de genre ont été essayées et recommandées par les auteurs, cependant aucune analyse spécifique n'a été menée afin de vérifier l'impact réel du genre du thérapeute sur la réussite de l'enfant au traitement (Kitchur et Bell, 1989). Les intervenants masculins, selon Mathews (1996), représenteraient pour les garçons victimisés des modèles positifs et permettraient d'amoindrir la vision stéréotypée de la masculinité qu'ils risquent d'avoir. Le document réalisé par Mathews sur l'état de la victimologie masculine permet de croire que de privilégier l'inclusion de thérapeutes hommes dans le traitement des garçons VAS aurait pour effet d'accroître les améliorations manifestées à la suite du traitement.

5.5 Pistes pour les recherches futures

Il serait important d'identifier dans les études futures l'impact des habiletés parentales sur l'efficacité du traitement. Il est à noter que les habiletés parentales et le sentiment de compétence chez le parent peuvent être compromis en raison du défi que représentent les problèmes extériorisés (Hiebert-Murphy, 2000) ou d'un état émotionnel envahissant (Kelly *et al.*, 2002). Les parents présentant une déficience ou une insatisfaction au niveau de leurs habiletés sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à faire cesser les comportements mésadaptés chez leurs enfants (Hiebert-Murphy, 2002). Bien que la *TF-CBT* cible les habiletés parentales tant au niveau de la discipline que de la communication, il est possible que la généralisation des techniques proposées dans le milieu familial soit difficile notamment dans les cas où les troubles extériorisés sont plus importants.

Les études évaluatives à venir devront également prendre en considération le niveau de détresse émotionnelle de la figure parentale dans les analyses des effets thérapeutiques. Les mères présentant une symptomatologie atteignant le seuil clinique pourraient être plus sensibles (Brody et Forehand, 1986; Canning *et al.*, 1993) ou encore moins tolérantes face aux comportements symptomatiques de leurs enfants (Brody et Forehand, 1986). De ce fait, il

est possible de croire que les symptômes extériorisés des enfants soient surestimés lorsqu'évalués par la mère (Brody et Forehand, 1986; Canning *et al.*, 1993; Kelly *et al.*, 2002). Ce constat démontre, du même coup, la nécessité de recourir à diverses sources d'information (enfant, parent, professeur, intervenant), pour obtenir des données plus justes et complètes des symptômes chez les enfants VAS, et ainsi mieux documenter l'efficacité des traitements.

5.6 Limites

Bien qu'ayant permis de documenter une première analyse des effets de l'application québécoise du traitement *TF-CBT* auprès d'une clientèle d'enfants victimes d'AS, la présente étude comporte certaines limites méthodologiques.

Une de ces limites est associée au type de devis choisi (pré/post-test) et au fait que l'étude ne comporte pas de groupe témoin. L'utilisation d'un tel devis ne permet pas de conclure avec certitude que les améliorations notées chez les participants sont attribuables au traitement offert et non pas à l'effet du passage du temps. De plus, la présente étude n'explore pas les effets à long terme du traitement et ne peut donc pas documenter le maintien des acquis chez les enfants.

Le fait que les données ne soient recueillies qu'auprès d'un seul répondant (la figure parentale) constitue une seconde limite méthodologique. En effet, le recours à une unique source d'information – la figure parentale primaire – ne permet pas de s'assurer que les symptômes évalués reflètent la réalité de l'enfant et non pas une perception éventuellement biaisée du parent en lien avec une possible détresse.

5.7 Pertinence sexologique

Les AS pendant l'enfance entraînent de nombreuses conséquences au plan psychologique, physique et sexuel (Briere et Elliot, 2003). Ces conséquences varient en intensité et varient selon la période développementale à laquelle se situe l'individu. Parmi les effets retrouvés, les comportements sexuels problématiques chez les enfants (Kendall-Tackett *et al.*, 1993) et les conduites sexuelles à risque chez les adolescents (Lodico et Diclemente, 1994; Upchurch et Kusonoki, 2004). Les adolescents VAS seraient ainsi plus susceptibles de s'engager dans

des relations sexuelles non-protégées, incluant la consommation de drogues ou d'alcool (Lodico et Diclemente, 1994; Upchurch et Kusonoki, 2004). Ils auraient également un nombre plus élevé de partenaires sexuels que les adolescents non victimes d'AS (Upchurch et Kusonoki, 2004). L'ensemble de ces comportements les exposerait par conséquent à une plus grande probabilité de contracter une ITSS (Infection Transmissible Sexuellement et par le Sang) (Lodico et Diclemente, 1994; Upchurch et Kusonoki, 2004). Les victimes de sexe féminin seraient aussi plus à risque d'avoir des relations sexuelles dites précoces (Lodico et Diclemente, 1994; Upchurch et Kusonoki, 2004). Cette prise de risque liée aux pratiques sexuelles chez les adolescents VAS pourraient notamment être associée à une faible estime de soi résultant du traumatisme qu'est l'AS (Upchurch et Kusonoki, 2004).

Les agressions sexuelles surviennent généralement dans une relation où la confiance et la sécurité avaient préalablement été instaurées (Whiffen et Macintosh, 2005). Subséquemment, la capacité à créer un lien solide avec autrui basée sur la confiance s'en trouve affectée, particulièrement en contexte de relation romantique (Whiffen et Macintosh, 2005). Les AS ont ainsi des répercussions sur la dynamique future des relations amoureuses. Bon nombre d'hommes et femmes VAS pendant l'enfance connaissent des difficultés dans leurs rapports intimes et amoureux. Les victimes masculines ont, pour leur part, tendance à se retrouver dans des relations abusives, dysfonctionnelles et à éprouver de la difficulté à s'engager face à leur partenaire (Mathews, 1996). Quant aux survivantes d'AS à l'enfance, elles peuvent expérimenter de la difficulté à avoir confiance en les hommes, un sentiment d'insécurité persistant dans leurs relations intimes ainsi que de la difficulté à former et maintenir une relation amoureuse (Rumstein-Mckean et Hunsley, 2001). Certaines femmes VAS se disent également insatisfaites de leur vie conjugale et seraient davantage susceptibles de connaître des difficultés sexuelles (Rumstein-Mckean et Hunsley, 2001).

Au plan de l'identité sexuelle, l'AS risque d'être éprouvante, surtout pour les survivants de sexe masculin. En effet, le fait d'avoir été victime d'AS risque de semer la confusion ou une anxiété vis-à-vis l'identité masculine (Rogers et Terry, 1984). Les garçons VAS peuvent, donc tenter de regagner leur masculinité par des stratégies inappropriées en se comportant d'une façon agressive, stéréotypée, en ne respectant pas l'autorité ou en s'engageant dans des comportements destructeurs (Rogers et Terry, 1984). Les victimes masculines

comparativement à celles de sexe féminin sont également plus susceptibles de questionner leur orientation sexuelle (Mathews, 1996). Le fait d'avoir pu vivre une excitation sexuelle physique lors d'AS de type homoérotiques peut être troublant pour la victime (Mathews, 1996). Par ailleurs, le fait d'avoir retiré un plaisir physique, une excitation sexuelle peut avoir pour effet chez le garçon tout comme chez la fille de croire qu'il est responsable des actes sexuels abusifs qu'il a vécu (Mathews, 1996).

5.8 Apport de l'intervention en lien avec les besoins sexologiques cernés

Au plan de l'intervention, le traitement évalué dans le cadre de ce mémoire semble répondre aux besoins des victimes d'AS à l'enfance et offre une opportunité pour ces dernières de bâtir un meilleur futur. La *TF-CBT* offre l'occasion pour les enfants VAS de parler de l'expérience traumatisante qu'ils ont vécue. Elle permet l'acquisition de connaissances en lien avec les AS et la sexualité en général ainsi que de développer des habiletés de protection pour le futur (Cohen *et al.*, 2006). L'intervention aide à identifier les pensées erronées (comme le fait de se sentir coupable et responsable de l'AS) et à les remplacer par des pensées aidantes et appropriées (Cohen *et al.*, 2006). Elle donne aussi aux enfants des moyens pour apprendre à reconnaître, gérer et exprimer ses émotions (Cohen *et al.*, 2006). Tous ces éléments sont susceptibles d'aider les enfants à surmonter la détresse associée à l'AS.

ANNEXE A
LISTE DES INSTRUMENTS DE MESURE EMPLOYÉS DANS LES ÉTUDES
ÉVALUATIVES RECENSÉES

Tableau A.1
Liste des instruments de mesure employés dans les études évaluatives recensées

Abréviation	Nom de l'instrument de mesure	Dimension étudiée	Source d'information
BDI	Beck Depression Inventory	Dépression	Parent
CAPS	Children's Attributions and Perceptions Scale	Perception de l'enfant, attribution de l'AS	Enfant
CBCL	Child Behavior Checklist	Troubles de comportement	Parent
CDI	Child Depression Inventory	Dépression	Enfant
CSBI	Child Sexual Behavior Inventory	Comportements sexualisés	Parent
CQ-SAC	Coping Questionnaire for Sexually Abused Children	Adaptation	Enfant
FACES III	Family Adaptability And Cohesion Evaluation Scales-III	Adaptation familiale, cohésion et soutien familial	Parent
FT-SAC	Fear Thermometer for Sexually Abused Children	Peur, anxiété	Enfant
IES	Impact of Event Scale	Détresse liée au trauma	Parent
K-SADS-E	Schedule for affective disorders and Schizophrenia for School-Aged Children	Épisodes de psychopathologie	Parent et Enfant
K-SADS-PL	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version	Désordres psychiatriques DSM-IV	Parent et Enfant
MBSS	Miller Behavior Style Scale	Adaptation	Parent
PERQ	Parent Emotional Reaction Questionnaire	Détresse émotionnelle	Parent
PPQ	Parent Practices Questionnaire	Habiletés parentales	Parent
PSQ	Parental Support Questionnaire	Soutien parental en lien avec l'AS	Parent
PTSD scale	Post-traumatic disorder scale	Syndrome de Stress post-traumatique	Parent
R-CMAS	Revised Children's Manifest Anxiety Scale	Anxiété chronique	Enfant
SCL-90-R PTSD	Post-traumatic Scale Disorder	Syndrome de Stress post-traumatique	Parent
SSQ	Social Support Questionnaire	Soutien de l'entourage	Parent
STAIC	State/Trait Anxiety Inventory for Children	Anxiété	Enfant
TSC-C	Trauma Symptom Checklist for Children	Symptomatologie liée à l'AS	Parent
TSQ	Therapy Satisfaction Questionnaire	Satisfaction à l'égard du traitement	Parent
WIST	What If Situations Test	Habiletés de protection	Enfant

ANNEXE B
TABLEAUX-RÉSUMÉS DES ÉTUDES ÉVALUATIVES RECENSÉES

Tableaux B.1
Tableaux-résumés des études évaluatives recensées

Auteurs	Stauffer et Deblinger (1996)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	-5 garçons et 14 filles âgés entre 2 et 6 ans et leurs mères non-agresseuses
Type de traitement	Groupe
Interventions	- <i>Cognitive Behavioral parent's group</i> : 11 sessions de 2 heures chacune - <i>Cognitive Behavioral children's group</i> : 11 sessions de 2 heures chacune
Participation du parent au traitement	Oui, groupe parents.
Groupe de comparaison	Non
Instruments de mesure	Instruments de mesure complétés par le parent : <i>CBCL</i> , <i>CSBI</i> , <i>IES</i> , <i>PPQ</i>
Post-test/Relance	Oui, à la 10 ^{ème} rencontre. / Oui, 3 mois après la fin du traitement.
Principaux résultats	-Diminution significative des comportements sexualisés problématiques des enfants, suite au traitement. - Des améliorations notables sont remarquées chez les mères concernant l'évitement des pensées et sentiments reliés à l'AS, au post-test. -Amélioration du niveau de détresse psychologique chez la mère, suite au traitement. -Gain considérable au niveau des habiletés parentales, à la suite du traitement. -Les gains sont maintenus, lors de la relance, 3 mois plus tard.
Limites	-L'ensemble des instruments de mesure est complété par la mère. -Aucun groupe de comparaison.

Auteurs	Deblinger, Lippmann et Steer (1996)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	90 enfants VAS âgés entre 7 et 13 ans (83 % filles et 17 % gars) et leurs mères non-agresseuses
Type de traitement	Individuel
Interventions	<p>-<i>Cognitive Behavioral Therapy for child-only</i>: 12 sessions de 45 minutes chacune.</p> <p>-<i>Cognitive Behavioral Therapy for parent-only</i>: 12 sessions de 45 minutes chacune.</p> <p>-<i>Combined Child and Parent Interventions</i> : 12 sessions de 80-90 minutes (40-45 minutes x2 ((parent/enfant seul)), plus tard, 30 minutes conjointes réservées dans les 80-90 minutes).</p> <p>-Soins standards offerts par la communauté : Nombre de sessions inconnues.</p>
Participation du parent au traitement	Oui, dans les groupes « Parent-Only » et « Combined Child and Parent Interventions ».
Groupe de comparaison	Oui, groupe recevant des soins standards dispensés dans la communauté (n=25).
Instruments de mesure	<p>Instruments de mesure complétés par le parent : <i>K-SADS-E, CBCL, PPQ</i></p> <p>Instruments de mesure complétés par l'enfant : <i>K-SADS-E, STAIC, CDI</i></p>
Post-test/Relance	Oui, à la fin du traitement. /Oui, 3, 6, 12 et 24 mois après le traitement.
Principaux résultats	<p>-Les enfants recevant un traitement CBT connaissent une amélioration significative des symptômes de SPT.</p> <p>- Les mères assignées à l'une des conditions <i>CBT</i> rapportent une diminution significative des symptômes extériorisés et dépressifs chez leurs enfants.</p> <p>-Meilleure utilisation d'habiletés parentale chez les mères bénéficiant de l'une des modalités <i>CBT</i>.</p>
Limites	<p>-Échantillon de taille réduite.</p> <p>-Non-conformité des traitements offerts par la communauté.</p> <p>-Manque de sensibilité de certains instruments.</p>

Auteurs	Deblinger, Steer et Lippmann (1999)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	100 enfants (83 filles et 17 garçons) VAS âgés entre 7 et 13 ans et leurs mères non-agresseuses 90 enfants ont complété le pré-test et le post-test, 88 enfants ont complété le suivi de 6 mois et 75 enfants ont complété le suivi 2 ans.
Type de traitement	Individuel
Interventions	- <i>Cognitive Behavioral Therapy for Child-Only</i> (n=25): 12 sessions de 45 minutes chacune - <i>Cognitive Behavioral Therapy for Parent-Only</i> (n=25): 12 sessions de 45 minutes chacune - <i>Combined Child and Parent Interventions</i> (n=25): 12 sessions de 80-90 minutes (40-45 minutes x2 ((parent/enfant seul)) et plus tard, au cours du traitement, une période de 30 minutes conjointes réservée dans les 80-90 minutes). -Soins standards offerts par la communauté (groupe contrôle) (n=25) : Nombre de sessions inconnues
Participation du parent au traitement	Oui, dans le groupe « <i>Parent-Only</i> » et dans le groupe « <i>Combined Child and Parent Intervention</i> ».
Groupe de comparaison	Oui, groupe recevant des soins standards dispensés dans la communauté (n=25).
Instruments de mesure	Instruments de mesure complétés par le parent : <i>K-SADS-E PTSD</i> , <i>CBCL</i> , <i>PPQ</i> Instruments de mesure complétés par l'enfant : <i>K-SADS-E PTSD</i> , <i>CDI</i>
Post-test/Relance	Oui, à la fin du traitement /Oui, 3 mois, 6 mois, 12 mois et 24 mois après le traitement.
Principaux résultats	-Les acquis concernant la diminution des symptômes de stress post-traumatiques, la symptomatologie dépressive et les comportements extériorisés sont maintenus deux ans après le traitement.
Limite	-Non-conformité des traitements offerts par la communauté.

Auteurs	Cohen et Mannarino (2000)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	49 enfants VAS âgés entre 7 et 14 ans et leurs mères non-agresseuses
Type de traitement	Individuel
Interventions	<p>-<i>Sexual-abuse Specific Cognitive-Behavioral Therapy (SAS-CBT)</i> (n=30): 12 sessions individuelles de 45 minutes pour le parent et 45 minutes pour l'enfant.</p> <p>-<i>Nondirective Supportive Therapy (NST)</i> (n=19): 12 sessions individuelles de 45 minutes pour le parent et 45 minutes pour l'enfant.</p>
Participation du parent au traitement	Oui, sessions individuelles pour le parent dans les deux types de traitement SAS-CBT et NST.
Groupe de comparaison	Non, le nombre de participants du groupe <i>NST</i> étant trop petit, les deux groupes ont été confondus pour les analyses.
Instruments de mesure	<p>Instruments de mesure complétés par le parent : <i>CBCL</i>, <i>CSBI</i>, <i>TSC-C</i>, <i>FACES III</i>, <i>PERQ</i>, <i>PSQ</i></p> <p>Instruments de mesure complétés par l'enfant : <i>STAIC</i>, <i>CDI</i>, <i>CAPS</i></p>
Post-test/Relance	Oui, à la dernière session. /Non
Principaux résultats	<p>-Le soutien parental et la stabilité familiale semblent jouer un rôle significatif dans la diminution de la symptomatologie de l'enfant VAS, à la suite du traitement.</p> <p>-Le fait de ne pas être crue par son entourage et un haut niveau d'adaptation de la famille contribuent significativement dans le développement de l'anxiété liée au trauma.</p> <p>-Le fait de ne pas se sentir crue par son entourage ou de se sentir blâmée pour l'agression contribue significativement à l'apparition d'une symptomatologie dépressive.</p>
Limite	-Le haut taux d'abandon de l'étude (25,6%) et le petit échantillon en résultant.

Auteurs	King, Tonge, Mullen, Myerson, Heyne, Rollings <i>et al.</i> , (2000)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	36 enfants (25 filles et 11 gars) VAS âgés entre 5 et 17 ans
Type de traitement	Individuel
Interventions	<p>-<i>Child Cognitive-Behavioral Therapy</i> (CCBT): 20 sessions individuelles de 50 minutes pour l'enfant.</p> <p>-<i>Family Cognitive-Behavioral Therapy</i> (FCBT): 20 sessions individuelles de 50 minutes pour l'enfant et 50 minutes pour le parent.</p> <p>-Enfants sur une liste d'attente</p>
Participation du parent au traitement	Oui, sessions individuelles pour le parent dans le groupe FCBT.
Groupe de comparaison	-Oui, enfants sur la liste d'attente.
Instruments de mesure	<p>Instruments complétés par le parent: <i>CBCL</i>, <i>PTSD scale</i></p> <p>Instruments complétés par l'enfant: <i>CDI</i>, <i>FT-SAC</i>, <i>R-CMAS</i>, <i>CQ-SAC</i></p>
Post-test/Relance	Oui, après la fin du traitement. /Oui, 12 semaines après le traitement (n=28).
Principaux résultats	<p>-Les résultats de cette étude indiquent une amélioration supérieure, suite au traitement, des symptômes de SPT, peur et anxiété chez les enfants VAS ayant reçu l'un des deux formats de traitement cognitivo-comportemental.</p> <p>-Aucune différence significative concernant les symptômes de SPT entre les deux formats de traitement CBT (avec ou sans implication du parent).</p> <p>-Diminution plus importante du sentiment de peur chez les enfants ayant reçu le traitement CBT impliquant la participation du parent (FCBT).</p>
Limites	<p>-Échantillon de petite taille.</p> <p>-Instruments de mesure administrés par le thérapeute amenant la possibilité de biais dans les réponses des participants.</p>

Auteurs	Deblinger, Stauffer et Steer (2001)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	44 enfants VAS âgés entre 2 et 8 ans (27 filles et 17 gars) et leurs mères non-agresseurs
Type de traitement	Individuel (<i>CBT</i>) et de groupe (<i>SCT</i>)
Interventions	<p>-<i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i> (n=21) (enfants et parents vus séparément par le thérapeute + rencontre conjointe, à la fin de chaque session) : 11 sessions de 105 minutes plus 15 minutes (conjointes).</p> <p>- <i>Supportive Counselling Therapy (SCT)</i> (n=23) (un groupe pour les enfants et un groupe pour les parents) : 11 sessions de 105 minutes.</p>
Participation du parent au traitement	Oui (traitement pour le parent + sessions conjointes avec l'enfant dans le groupe <i>CBT</i> seulement)
Groupe de comparaison	Oui, groupe <i>SCT</i> .
Instruments de mesure	<p>Instruments de mesure complétés par le parent : <i>MBSS</i>, <i>SCL-90-R</i>, <i>IES</i>, <i>PERQ</i>, <i>PPQ</i>, <i>SSQ</i>, <i>TSQ</i>, <i>PTSD scale</i>, <i>CBCL</i>, <i>CSBI-3</i></p> <p>Instrument de mesure complété par l'enfant: <i>WIST</i></p>
Post-test/Relance	Oui, à la fin du traitement. /Oui, trois mois après la fin du traitement.
Principaux résultats	<p>-Les mères participant à l'intervention <i>CBT</i> connaissent une diminution significative des pensées intrusives et réactions émotionnelles négatives en regard de l'AS de leur enfant.</p> <p>-Les enfants du groupe <i>CBT</i> démontrent une plus grande acquisition de connaissances au niveau des habiletés de protection que les enfants du groupe <i>SCT</i>.</p> <p>-Les participants ayant bénéficié du traitement <i>CBT</i> se disent davantage satisfaits.</p> <p>-Dans les deux groupes, les acquis sont maintenus à la relance effectuée trois mois après la fin du traitement.</p>
Limites	-Pas de sessions conjointes dans le groupe de soutien.

Auteurs	Cohen, Deblinger, Mannarino et Steer (2004)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	229 enfants VAS âgés entre 8 et 14 ans et un parent accompagnateur 5 enfants ne sont jamais retournés pour un traitement, 21 ont abandonné le traitement, donc échantillon final de 203 participants.
Type de traitement	Individuel
Interventions	- <i>Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)</i> : 12 sessions, soit 9 sessions de 90 minutes (45 minutes x 2 ((parent/enfant seul))), 3 sessions de 30 minutes x 2 (parent/enfant seul) et une période conjointe de 30 minutes. - <i>Child Centered Therapy (CCT)</i> : 12 sessions de 90 minutes (45 minutes x2 ((parent/enfant seul)))
Participation du parent au traitement	Oui, sessions individuelles pour le parent dans les deux groupes TF-CBT et CCT + sessions conjointes dans le groupe TF-CBT.
Groupe de comparaison	Oui, groupe CCT.
Instruments de mesure	Instruments de mesure complétés par le parent : <i>K-SADS-PL, CBCL, CSBI, BDI, PERQ, PSQ, PPQ</i> Instruments de mesure complétés par l'enfant : <i>K-SADS-PL, CDI, STAIC, CAPS</i>
Post-test/Relance	Oui, à la fin du traitement. /Non.
Principaux résultats	- Amélioration plus importante au niveau des symptômes de SPT, de dépression et problèmes comportementaux chez les enfants assignés au TF-CBT. - Les parents ayant reçu la TF-CBT rapportent une amélioration significative concernant leurs symptômes dépressifs, niveau de détresse lié à l'AS, soutien parental offert à l'enfant et emploi d'habiletés parentales efficaces.
Limites	-Ne souligne par quelles sont les composantes les plus efficaces du TF-CBT. -Peu de diversité culturelle dans l'échantillon (peu de familles hispaniques et asiatiques).

Auteurs	Cohen, Mannarino et Knudsen (2005)
Nombre de participants (répartition selon le genre)	82 enfants VAS âgés entre 8 et 15 ans (56 filles, 26 gars) et un parent accompagnateur
Type de traitement	Individuel
Interventions	- <i>Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)</i> (n=41) : 12 sessions individuelles de 45 minutes pour le parent et 45 minutes pour l'enfant - <i>Non-Directive Supportive Therapy (NST)</i> (n=41) : 12 sessions individuelles de 45 minutes pour le parent et 45 minutes pour l'enfant.
Participation du parent au traitement	Oui, sessions individuelles pour le parent dans les deux traitements TF-CBT et NST
Groupe de comparaison	Oui, le groupe NST.
Instruments de mesure	Instruments complétés par le parent : <i>CBCL</i> , <i>CSBI</i> Instruments complétés par l'enfant : <i>CDI</i> , <i>TSC-C</i> , <i>STAIC</i>
Post-test/Relance	Oui, à la fin du traitement. /Oui, 6 (n=46) et 12 mois (n=39) après la fin du traitement.
Principaux résultats	-Les résultats illustrent la supériorité du TF-CBT pour entraîner une amélioration durable au niveau des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des comportements sexualisés problématiques, des symptômes dissociatifs et du SPT.
Limites	-Fort taux d'attrition, particulièrement dans le groupe NST. -Instrument mesurant le SPT non-optimal.

ANNEXE C
TABLEAUX DES DONNÉES D'IMPLANTATION

Tableau C.1
Nombre de rencontres avec l'enfant

Nombre de rencontres	Nombre de participants
Moins de 12 rencontres	4
12 rencontres	20
Plus de 12 rencontres	6

Tableau C.2
Nombre de rencontres conjointes

Nombre de rencontres conjointes	Nombre de participants
0	1
1	4
2	1
3	2
4	15
5	4
6	1
7	0
8	0
9	1

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms et Profiles. An Integrated System of Multi-informant Assessment*. ASEBA, University of Vermont.
- Banyard, V.L., Williams, L.M., & Siegel, J.A. (2004). Childhood sexual abuse: a gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-228.
- Briere, J. & Elliot, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Brody, G.H. & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 237-240.
- Canning, E.H., Hanser, S.B., Shade, K.A., & Boyce, W.T. (1993). Maternal Distress and discrepancy in reports of psychopathology in chronically ill children. *Psychosomatics*, 34(6), 506-511.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, R.A. (2004). A multi-site randomized controlled trial for children with abused-related PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L. & Deblinger, E. (2000). Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for children and Adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (Eds). (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New-York: The Guilford Press.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (2000) Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994.
- Daignault, I. V. & Hébert, M. (2004). L'adaptation scolaire des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. *Psychologie Canadienne*, 45(4), 293-307.

- Darves-Bornoz, J.-M., Choquet, M., Ledoux, S., Gasquet, I., & Manfredi, R. (1998). Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(3), 111-117.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer R.A. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- Deblinger, E., McLeer, S.V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747-752.
- Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer R.A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deblinger, E., Steer R.A., & Lippmann J. (1999)a. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999)b. Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4(1), 14-20.
- Dube, S. R., Anda, R.F., Withfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dong, M., *et al.* (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*. 28(5), 430-438.
- Dubé, R. & Hébert, M. (1988). Sexual abuse of children under 12 years of age: a review of 511 cases. *Child Abuse & Neglect*, 12(3), 321-330.
- Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D., & Vershoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 743-754.
- DuMont, Kimberly A., Widom, C., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255-274.
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescent's adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 115-128.

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28.
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S.J. (2000). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 21-40.
- Friedrich, W.N., Luecke, W.J., Beilke, R.L., & Place, V. 1992. Psychotherapy outcome of sexually abused boys: an agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 396-409.
- Friedrich, W.N. (1996). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child Maltreatment*, 1(4), 343-347.
- Gagnon, M. (2009, mai). Intervention auprès des enfants victimes d'agression sexuelle: les défis sous-jacents à l'implantation de pratiques exemplaires Communication scientifique conducted at the Cinquième Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle : *Transformation et paradoxes*, Montréal, Canada.
- Garnefski, N. & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment : differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21(1), 99-107.
- Gold, S.N., Elhai, J. D., Lucenko, B.S., & Swingle, J.M. (1998). Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: a gender comparison. *Child Abuse & Neglect*. 22(10), 1005-1012.
- Gold, S.N., Hughes, D.M. & Swingle, J.M. (1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 323-335.
- Gouvernement du Québec. 2001. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Direction des communications.
- Hart, E.L., Lahey, B.B., Loeber, R., Applegate, B. & Frick, P.J. (1995). Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 729-749.
- Hébert, M., Daignault, I.V., Parent, N., & Tourigny, M. (2006) A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 1(3), 203-216.
- Hébert, M., Simoneau, A., & Bernier, M. (2007). *Les interventions offertes aux enfants victimes d'agression sexuelle: Identification des pratiques exemplaires*. Rapport de recherche. Université du Québec à Montréal, Département de sexologie.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I.V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Hiebert-Murphy, D. (2000). Factors related to mother's perceptions of parenting following their children's disclosures of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5(3), 251-260.
- Hutchings, P. & Dutton, M.A. (1993). Brief report: Sexual assault history in a community mental health center clinical population. *Community mental health journal*, 29(1), 59-63.
- James, S. & Mennen, F. (2001). Treatment outcome research: How effective are treatments for abused children?. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(2), 73-95.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36.
- Kelly, D., Faust, J., Runyon, M.K., & Kenny, M.C. (2002). Behavior problems in sexually abused children of depressed versus nondepressed mothers. *Journal of Family Violence*, 17(2), 107-116.
- Kendall-Tackett, K.A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000) Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355.
- Kitchur, M. & Bell, R. (1989). Group psychotherapy with preadolescent sexual abuse victims: Literature review and description of an inner-city group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39(3), 285-310.
- Lodico, M. A. & DiClemente, R. J. (1994). The association between childhood sexual abuse and prevalence of HIV-related risk behaviors. *Clinical Pediatrics*, 33(8), 498-502.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S.J., & Shuman, D.W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell?. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194-226.
- London, K., Bruck, M., Wright, D.B., & Ceci, S.J. (2008) Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers, *Psychology Press*, 16(1), 29-47.
- Mannarino, A., Cohen, J.A., & Steer, R.A. (2007). Self-reported depression in mothers who have children sexually abused. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 29(3), 203-210.

- Martin, G., Bergen, H.A., Richardson, S.A., Roeger, L., & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503.
- Mathews, F. (1996). *Le garçon invisible : Nouveau regard sur la victimologie au masculin: enfants et adolescents*. Santé-Canada, 80p.
- McLeer, S.V., Deblinger, E.B., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879.
- Mennen, F. & Meadow, D. (1995). The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(3), 259-274.
- Nadeau, M. (1981). *L'évaluation des programmes d'études: théorie et pratique*. Québec: Presse de l'Université de Laval.
- Nelki, J.S. & Watters, J. (1989). A group for sexually abused young children: Unravelling the web. *Child Abuse & Neglect*, 13(3), 369-377.
- O'Donohue, W.T. & Elliott, A.N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 218-228.
- Paredes, M., Leifer, M., & Kilbane, T. (2001). Maternal variables related to sexually abused children's functioning. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1159-1176.
- Parent, N. & Hébert, M. (2006). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant*. Adaptation française du "History of Victimization Form" by Wolfe, Gentile et Boudreau (1987). Montréal: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rogers, C., & Terry, T. (1984). Clinical Intervention with Boy Victims of Sexual Abuse. In Victims of Sexual Aggression, I. Stewart and J. Greer (Eds.), New York, NY: VanNostrand Reinhold.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of femal survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490.
- Saunders, B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (Eds.) (2004). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Scaparelli, S. & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.

- Simoneau, A.-C., Hébert, M., & Tourigny, M. (2008). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 245-288.
- Stauffer, L.B. & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequence in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Trocmé, N.M., Tourigny, M., MacLaurin, B., & Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1427-1439.
- Upchurch, D.M. & Kusunoki, Y. (2004). Associations between forced sex, sexual and protective practices, and sexually transmitted diseases among a national sample of adolescent girls. *Women's Health Issues*, 14(3), 75-84.
- Webster, R.E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the schools*, 38(6), 533-547.
- Webster-Stratton, C. (1996). Early-onset conduct problems: Does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 540-551.
- Whiffen, V.E. & MacIntosh, H.B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 24-39.